La sécurité des patients et les erreurs médicales dans le système de santé canadien : un examen et une analyse systématiques des principales initiatives prises dans le monde

---

Rapport présenté à Santé Canada

par

G. Ross Baker et Peter Norton

103-06223/

1. Les enquêtes effectuées dans ce rapport sont expérimentales et les tailles d'échantillons sont petites.
2. Les opinions exprimées dans ce rapport sont celles des auteurs et ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada.
3. Ce rapport est de 160 pages. Il est divisé en chapitres comme suit pour faciliter l'imprimerie.

Table des matières

SOMMAIRE (5 PAGES) **3**

REMERCIEMENTS (1 PAGE) **8**

1. CONTEXTE (10 PAGES) **9**

1.1 OBJECTIFS DU PROJET 10
1.2 THÈME CENTRAL DE L'ENQUÊTE 11
1.3 SURVOL DES INITIATIVES DES AUTRES PAYS 13
1.3.1 L'Australie *13*
1.3.2 Les États-Unis *14*
1.3.3 Le Royaume-Uni *15*
1.4 RÉSUMÉ 17
1.5 BIBLIOGRAPHIE 18

2. MÉTHODES (8 PAGES) **20**

2.1 ANALYSE DOCUMENTAIRE 20
2.2 LES ENQUÊTES 21
2.2.1 Échantillon de l'enquête postale *22*
2.2.2 Échantillon de l'enquête téléphonique *23*
2.2.3 Analyse des données des enquêtes *24*
2.3 EXAMEN DES QUESTIONS JURIDIQUES 25
2.4 BIBLIOGRAPHIE 26

3. RÉSULTATS **28**

3.1 ANALYSE DOCUMENTAIRE (60 PAGES) 28
3.1.1 Sécurité et erreur : Textes et survols généraux *28*
3.1.2 Épidémiologie des erreurs liées aux soins de santé *33*
3.1.3 Détection et prévention des erreurs dans les organismes de soins de santé *46*
3.1.4 Stratégies visant à réduire les erreurs *49*
3.1.5 Divulgation des erreurs *77*
3.1.6 Questions juridiques et éthiques *79*
3.1.7 Principaux documents d'orientation et rapports sur les erreurs liées aux soins de santé et la sécurité des patients *84*
3.1.8 Formation professionnelle *86*
3.1.9 Leçons tirées d'autres industries *89*
3.2 ENQUÊTE POSTALE (24 PAGES) 91
3.2.1 Taux de réponse *91*
3.2.2 Résultats des questionnaires postaux *95*
3.3 INTERVIEWS TÉLÉPHONIQUES (34 PAGES) 113
3.3.1 Description des répondants *113*
3.3.2 Résultats des interviews téléphoniques *116*
3.3.3 Sommaire des principaux thèmes évoqués lors des interviews téléphoniques *146*
3.4 EXAMEN DES QUESTIONS D'ORDRE JURIDIQUE (17 PAGES) 149
3.4.1 Définitions et principes de droit médical *149*
3.4.2 Le texte de Picard et Robertson *151*
3.4.3 Le Rapport Prichard *151*
3.4.4 Conférence sur la réforme du régime de responsabilité délictuelle de l'APCM *153*
3.4.5 Règlements échelonnés *156*
3.4.6 Privilège de non-divulgation *157*
3.4.7 Autres documents de référence médico-légaux *160*
3.4.8 Divulgation *163*
3.4.9 Obligations déontologiques d'un médecin *164*

3.4.10 Bibliographie *165*

4. ANALYSE DES RÉSULTATS (8 PAGES) **167**

4.1 LIMITES DE L'ÉTUDE 167
4.1.1 Enquête postale *167*
4.1.2 Enquête téléphonique *168*
4.1.3 Uniformité entre les enquêtes *169*
4.2 POSSIBILITÉS ET DÉFIS MIS EN LUMIÈRE 169
4.3 RÉSULTATS DÉTAILLÉS 170
4.3.1 Préoccupations particulières au sujet de la sécurité des patients *170*
4.3.2 Problèmes nouveaux ou potentiels liés à la sécurité *171*
4.3.3 Outils, programmes et systèmes de surveillance actuellement utilisés pour la sécurité des patients *172*
4.4 PRATIQUES EXEMPLAIRES LIÉES À LA SÉCURITÉ DES PATIENTS AU CANADA 173

5. CONCLUSIONS, RECOMMANDATIONS ET ÉTAPES SUIVANTES (9 PAGES) **176**

5.1 MÉTHODE D'ÉLABORATION DES RECOMMANDATIONS 176
5.2 RECOMMANDATIONS DU RAPPORT 176
5.2.1 Accroître la sensibilisation et établir des priorités en vue d'améliorer la sécurité des patients au Canada *176*
5.2.2 Mettre sur pied des systèmes de déclaration plus efficaces *177*
5.2.3 Acquérir des compétences, diffuser le savoir et mettre en œuvre des systèmes visant à améliorer le sécurité *177*
5.2.4 Mettre en place des mesures organisationnelles et stratégiques encourageant les initiatives dans le domaine de la sécurité des patients *178*
5.3 CONCEPTUALISATION DES RECOMMANDATIONS 179
5.4 OBSERVATIONS FINALES **182**

LES APPENDICES SUIVANTS DISPONIBLES SUR DEMANDE EN ANGLAIS SEULEMENT:

APPENDIX A: FINAL QUESTIONNAIRES AND TELEPHONE INTERVIEW SCHEDULE
QUESTIONNAIRE FOR HEALTHCARE ORGANIZATIONS
QUESTIONNAIRE FOR PROFESSIONAL ASSOCIATIONS AND COLLEGES
TELEPHONE INTERVIEW SCHEDULE

APPENDIX B: LIST OF PATIENT SAFETY DOCUMENTS AND MATERIALS SENT BY RESPONDENTS

APPENDIX C: CODING FOR OPEN ENDED QUESTIONS ON THE MAIL SURVEY

APPENDIX D: HOW DATA ON ADVERSE EVENTS AND ERRORS ARE COLLECTED AND USED BY CANADIAN HEALTHCARE ORGANIZATIONS

APPENDIX E: CONTENT ANALYSIS FOR QUESTIONS IN THE TELEPHONE SURVEY
HINDSIGHT BIAS

APPENDIX F: PATIENT SAFETY AND HEALTHCARE ERROR GLOSSARY OF TERMS

APPENDIX G: MAIL QUESTIONNAIRE RESPONSE RATE TABLE

Sommaire

Dans le contexte des systèmes de santé, la sécurité des patients est devenue un important sujet de préoccupation en Australie, aux États-Unis et au Royaume-Uni. Au Canada, on connaît relativement peu de choses sur l'incidence des événements indésirables et des erreurs liées aux soins de santé, ainsi que sur les initiatives mises en œuvre pour améliorer la sécurité des patients. Dans le présent rapport, nous traitons de ces questions au moyen de trois approches. Premièrement, nous présentons une analyse documentaire qui examine les documents publiés portant sur la sécurité des patients dans le système de santé, tant de façon générale qu'à l'échelle du Canada. Deuxièmement, nous présentons les résultats d'une enquêtes téléphonique et d'une enquête postale menées auprès de personnes qui s'occupent actuellement d'activités liées à la sécurité des patients au Canada. Troisièmement, à partir de ces données, nous présentons une analyse des écarts qui existent entre les pratiques de particuliers, de programmes et d'organismes canadiens en matière de sécurité et les initiatives exemplaires prises ailleurs dans le monde.

Les définitions des termes utilisés dans le domaine de la sécurité des patients ne sont pas encore uniformisées. Celles que nous utilisons dans le présent rapport figurent à l'annexe F.

L'analyse documentaire est fouillée et annotée; une attention particulière a été accordée à la littérature canadienne portant sur le sujet. Nous incluons aussi un examen de la littérature médico-légale qui traite de questions pertinentes dans le domaine de la sécurité des patients et de la responsabilité, telles le privilège de non-divulgation de l'information.

Les instruments d'enquête et d'interview ont été conçus de manière à mettre en évidence les activités clés dans le domaine de la sécurité des patients au Canada. Ils ont permis de recueillir des données tant qualitatives que quantitatives auprès d'organismes qui fournissent des soins, d'associations professionnelles et de décideurs dans ce domaine. Les deux méthodes utilisées, soit les questionnaires envoyés par la poste et les interviews téléphoniques, ont abouti à des constatations uniformes et complémentaires qui brossent un tableau des activités en cours au Canada dans le domaine de la sécurité des patients et des défis qu'il faut surmonter. Ces constatations sont les suivantes :

- De bons arguments sont présentés en faveur d'un leadership aux niveaux local, régional et national.

- Les limites actuellement imposées aux ressources humaines et financières destinées à la protection de la sécurité des patients semblent constituer de sérieuses entraves au progrès.
- La crainte des litiges constitue un important problème dans de nombreux organismes, mais elle est moins répandue que ne le laisseraient croire les données non scientifiques.
- Les mesures disciplinaires, la peur et le blâme professionnel sont d'importants obstacles à la détection des événements indésirables et aux enquêtes sur ces événements au niveau local.
- Il existe peu de moyens coordonnés et systématiques de recueillir des données sur les événements indésirables et les erreurs dans les organismes de soins de santé canadiens.
- On dispose de peu d'information sur les programmes et les techniques permettant d'améliorer la sécurité des patients dans les organismes de soins de santé canadiens.
- Certains considèrent que l'amélioration des services d'information automatisés constitueraient un progrès majeur, mais ils jugent que le coût de tels services est prohibitif.
- Beaucoup d'organismes ont signalé que les systèmes de surveillance historique – analyses de la mortalité, des incidents, etc. – ne fonctionnent pas bien ou sont inexistants.
- Les organismes canadiens sont relativement peu nombreux à intensifier les efforts ou à adopter de nouvelles mesures pour améliorer la sécurité dans leurs services.
- Près de 50 % des organismes de soins de santé étaient d'avis qu'ils ne pouvaient améliorer efficacement la sécurité des patients.
- Les répondants ont souligné qu'il fallait fournir une formation officielle dans le domaine d'outils particuliers tels que l'analyse des causes profondes.
- Les répondants ont souligné qu'il fallait élaborer des systèmes permettant de partager à l'échelle régionale et nationale les changements apportés en vue d'améliorer la sécurité.
- On a mis en évidence le besoin d'éduquer les professionnels de la santé en matière de sécurité des patients.
- Selon les répondants, nous devons « remonter le courant » en nous concentrant sur les systèmes et sur la prévention des erreurs.

D'importantes activités se déroulent actuellement au Canada en ce qui concerne la sécurité des patients, notamment les suivantes :

- L'étude récemment financée par l'ICIS et les IRSC, intitulée « *Améliorer la qualité des soins de santé dans les hôpitaux canadiens : une étude*

de recherche », qui déterminera pour le Canada un taux d'erreurs liées aux soins actifs.
- Le financement du Comité directeur national sur la sécurité des patients (CDNSP).
- L'intérêt qui se manifeste partout au Canada à l'égard de la sécurité des patients.
- D'importantes initiatives locales.

Se fondant sur ces activités, sur les résultats des enquêtes, sur les documents étudiés ainsi que sur leur propre expérience et leur propre expertise, les auteurs formulent les recommandations ci-dessous. Ces recommandations serviront à orienter les initiatives de ceux qui s'intéressent à la sécurité des patients et à accélérer l'avancement de ce dossier.

Recommandations :

<u>Accroître la sensibilisation et établir des priorités en vue d'améliorer la sécurité des patients au Canada</u>

1. Les gouvernements et les différents intéressés devraient constituer un comité d'experts représentant les disciplines cliniques et les gestionnaires qui connaissent les systèmes, les outils et les autres ressources destinés à assurer la sécurité des patients. Ce comité serait chargé d'élaborer un plan d'action visant à régler les questions liées à la sécurité des patients dans le système de santé canadien. Il aurait aussi pour tâche de dresser une liste des approches et des ressources permettant de mettre au point des méthodes et des outils pour améliorer la sécurité des patients, qui serait pertinente pour les organismes de soins de santé canadiens. Cette liste serait utile pour les ministères provinciaux de la Santé, les administrations régionales, les organismes de soins de santé et les organismes d'agrément.

2. Il faudrait organiser une réunion sur invitation pour les haut dirigeants des soins de santé. Cette réunion, dans le cadre de laquelle on tiendrait compte des suggestions de la Conférence fédérale-provinciale-territoriale des ministres de la Santé et des activités du Comité directeur national sur la sécurité des patients, devrait permettre d'accroître la sensibilisation et de diffuser le savoir en ce qui concerne non seulement la sécurité des patients, les outils efficaces et les approches utilisées au Canada et ailleurs dans le monde, mais également les rôles des dirigeants dans la création de cultures organisationnelles favorables à la sécurité des patients.

Mettre sur pied des systèmes de déclaration plus efficaces

3. Les nouveaux systèmes et mécanismes de déclaration régionaux et nationaux devraient faire l'objet d'essais pilotes et d'évaluations. L'établissement de liens entre les événements indésirables décelés et les initiatives d'amélioration représente l'un des éléments essentiels à évaluer. Par ailleurs, il faudrait entreprendre des projets pilotes afin d'évaluer l'efficacité de telles initiatives. Bien que la majorité du travail accompli jusqu'à présent ait été réalisé dans les établissements de soins actifs, il faudrait mettre à l'essai de nouveaux systèmes de détection des événements indésirables et des erreurs à tous les niveaux du système de santé – soins actifs, soins prolongés et soins communautaires.

4. Il faudrait appuyer davantage les systèmes nationaux et provinciaux de déclaration des événements iatrogènes médicamenteux (EIM) qui sont déjà en place ou qui sont en cours d'élaboration.

Acquérir des compétences, diffuser le savoir et mettre en œuvre des systèmes visant à améliorer la sécurité

5. Il faudrait fortement inciter les organismes de soins de santé à se focaliser davantage sur les erreurs, les événements indésirables et les incidents évités et à les relier aux initiatives d'amélioration et aux changements à apporter au système.

6. Il faudrait cerner entre trois et cinq questions hautement prioritaires en matière de sécurité des patients. Il faudrait ensuite constituer des groupes d'experts nationaux qui seraient chargés de partager leurs idées et d'établir des stratégies nationales pour chacune des questions. Ces questions prioritaires pourraient inclure, par exemple, la prévention des chutes, les systèmes de données et les préoccupations des effectifs au sujet de la sécurité.

7. Il faudrait organiser une série de réunions ou d'ateliers régionaux afin de faire connaître les pratiques exemplaires, les stratégies d'amélioration et les modèles idéaux permettant d'apporter des changements positifs dans les secteurs prioritaires et de réduire ainsi les événements indésirables.

8. Il faudrait appuyer la création de projets de démonstration minutieusement évalués dans les domaines du modèle idéal, des changements à apporter au système et de la sécurité des patients au Canada.

9. Il faudrait appuyer l'élaboration de programmes d'études et d'apprentissage dans le domaine de la sécurité des patients à tous les niveaux de formation (études universitaires de premier, de deuxième et de troisième cycles et formation professionnelle continue).

10. Il faudrait mettre sur pied un programme de « bourses d'études en sécurité » d'une durée d'un an. Ce programme s'adresserait à deux ou trois représentants de chaque province et territoire (soit au moins un médecin et un ou deux autres professionnels de la santé). Il aurait pour but de permettre aux boursiers d'approfondir leurs connaissances et de perfectionner leurs compétences en ce qui concerne tous les aspects liés à la sécurité des patients en vue de renforcer la capacité du Canada dans ce domaine.

11. La recherche dans le domaine de la sécurité et les changements à apporter au système devraient représenter une question intersectorielle pour les Instituts de recherche en santé du Canada et devrait occuper une plus grande place dans les activités de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.

Mettre en place des mesures organisationnelles et stratégiques encourageant les initiatives dans le domaine de la sécurité des patients

12. Il faudrait inciter les associations et les ordres professionnels à prendre une part active dans le domaine des politiques et des lois en matière de divulgation de renseignements et à exercer des pressions afin qu'une législation leur permettant d'élargir leurs activités soit adoptée.

13. Les programmes et les mesures en matière de sécurité des patients devraient être intégrés aux normes du Conseil canadien d'agrément des services de santé ainsi qu'à d'autres normes d'agrément pertinentes.

14. Il faudrait encourager l'apport de modifications à la législation, qui mettraient l'accent sur la déclaration des erreurs et des incidents évités.

15. Il faudrait examiner les stratégies efficaces de gestion des risques et les programmes de gestion des risques. Les initiatives actuelles en gestion des risques visent principalement la réduction des risques et la protection des intérêts de l'établissement. À l'instar d'autres pays, il faut que le Canada fasse preuve d'« esprit d'initiative » en ce qui concerne la sécurité des patients.

Remerciements

Nous tenons à remercier les personnes et les organismes qui ont répondu à nos enquêtes. Nous aimerions également exprimer notre reconnaissance à Santé Canada pour l'appui qu'il nous a fourni et qui nous a permis de mener à bien ce projet en vertu du contrat HC-3-030-0121.

Les deux enquêtes ont été élaborées grâce à l'aide de Smaller World Communications, une entreprise de Toronto qui a également réalisé les enquêtes et aidé à l'analyse des données. Nous tenons tout spécialement à remercier, pour son dévouement exceptionnel, l'équipe de Smaller World Communications qui a été chargée du projet : Jennifer Yessis, Ph.D., directrice de la recherche; Vanessa Blount, M.Sc., chef de projet; Barb van Maris, M.Sc., dirigeante de l'entreprise; Phoebe Lawton, adjointe à la recherche, et Ada Hui, adjointe à la recherche.

Enfin, nous tenons à exprimer notre gratitude à deux adjointes à la recherche, Fatima Chatur et Claire Nguyen, pour leur travail assidu en ce qui concerne les analyses documentaires.

1. Contexte

Au cours des dernières années, dans plusieurs pays, dont les États-Unis, l'Australie et la Grande-Bretagne, la sécurité des patients et les erreurs liées aux soins de santé sont devenues d'importants sujets de préoccupation, tant sur le plan des politiques en matière de santé que sur le plan des pratiques en soins de santé, (Baker et Norton, 2001; National Health Service, 2000; Wilson, R.M., Runciman, W.B. et coll., 1995; Leape, L.L., Brennan, T.A. et coll., 1991). Les préoccupations que ces questions soulèvent découlent de plusieurs études de recherche et des initiatives organisationnelles et stratégiques mises en œuvre dans le sillage de ces études. La recherche épidémiologique qui est à l'origine de telles initiatives a révélé un niveau invariablement élevé d'erreurs dans chacun de ces pays, bien que l'accent ait été mis presque essentiellement sur les établissements de soins actifs (Leape, L.L., Brennan, T.A. et coll., 1991; Bates, D.W., Spell, N. et coll., 1997) et que, de ce fait, on ne dispose pas d'une évaluation globale de l'incidence des événements indésirables et des erreurs. Au Canada, aucune étude du même ordre n'a été effectuée, même si beaucoup reconnaissent que les niveaux d'erreurs dans les établissements canadiens sont probablement comparables (Millar, 2001; Ohlhauser et Schurmann, 2001). Tout indique que l'intérêt porté à la sécurité des patients et aux erreurs liées aux soins de santé continuera d'augmenter, stimulé par les activités qui se déroulent actuellement aux États-Unis et dans d'autres pays.

L'Australie, les É.-U. et le R.-U. ont entrepris de réduire les erreurs liées aux soins de santé et d'améliorer la sécurité des patients. Leurs efforts sont axés sur les organismes de services de santé, sur les organismes de réglementation et d'agrément, sur les fournisseurs et, du point de vue stratégique, sur les organisations gouvernementales et les organismes non gouvernementaux. On connaît peu de choses sur la mesure dans laquelle les organismes canadiens de soins de santé se sont penchés sur les activités se rattachant à la sécurité des patients. Or, il est important d'aider les décideurs et les dirigeants organisationnels en les informant des activités visant à améliorer la surveillance et la déclaration des événements ainsi que des nouvelles idées en matière de création de systèmes et de processus de soins plus sûrs. Une meilleure compréhension des activités actuelles les aidera à déterminer celles qui pourraient être renforcées et mises en œuvre sur une plus grande échelle. Par ailleurs, l'étude des activités canadiennes et des activités qui se déroulent dans d'autres pays permettra d'analyser plus facilement les écarts qui existent entre elles.

Les changements requis pour améliorer la sécurité des patients au Canada doivent tenir compte des structures et des ressources actuelles des systèmes de santé canadiens. Dans nombre de provinces, une croissance limitée ou les coupures effectuées dans les budgets de la santé ont réduit les ressources

disponibles pour de nouvelles initiatives. À l'heure actuelle, dans plusieurs provinces et au niveau fédéral, on étudie les questions liées à la durabilité du système de soins de santé dans le contexte du financement dont il dispose actuellement et de ses mécanismes de régie. On se penche plus particulièrement sur diverses options visant à augmenter les recettes et à réaliser des gains d'efficacité. Toutefois, l'importance attachée à ces grandes questions stratégiques et liées au financement ne devrait pas faire passer au second plan les problèmes faisant l'objet du présent rapport, soit les événements indésirables et la sécurité des patients. En fait, nous croyons que tous les moyens mis en œuvre pour accroître la sécurité ne pourront que maintenir la confiance à l'égard des organismes de soins de santé et des soignants. La diminution du nombre d'erreurs et d'événements indésirables améliorera les résultats pour les patients, les familles et les collectivités. Une telle démarche nécessitera des ressources supplémentaires; cependant, elle devrait permettre de faire baisser le coût de ce qu'on appelle l'« épidémie cachée » d'erreurs.

1.1 Objectifs du projet

Ce projet comporte trois grands volets : a) une analyse documentaire, b) une enquête téléphonique et une enquête postale et c) une analyse des lacunes dans les activités actuelles à la lumière des activités en cours dans diverses régions du Canada et à l'étranger. L'analyse documentaire porte sur des documents publiés traitant de la sécurité des patients dans le système de soins de santé. Ces documents ont été repérés au moyen d'une recherche dans MEDLINE, CINAHL et HEALTHSTAR, complétée par une recherche manuelle dans les principales revues spécialisées canadiennes. De plus, nous avons effectué une analyse spéciale de la littérature juridique en vue de cerner les enjeux dans ce domaine.

Le deuxième volet de ce projet comprend des interviews téléphoniques et une enquête postale menées auprès d'échantillons de particuliers, de programmes et d'organismes canadiens. Les interviews ont été réalisées avec des personnes qui travaillent dans le cadre d'initiatives visant à améliorer la sécurité des patients. Ces interviews avaient pour objet de déterminer la nature et les avantages de ces initiatives. L'enquête postale, pour sa part, portait sur un échantillon aléatoire d'organismes de soins de santé et d'associations et d'ordres professionnels. Cette enquête avait pour but d'évaluer le niveau de connaissance des répondants sur les activités des organisations en matière de sécurité des patients et l'engagement de ces organisations à l'égard de telles activités.

Enfin, le troisième volet du projet est une analyse des écarts entre les pratiques des particuliers, des programmes et des organismes canadiens et les initiatives exemplaires d'autres pays. En nous fondant sur les « meilleures pratiques » et les activités avant-gardistes » au Canada, ainsi que sur les initiatives du R.-U., de l'Australie et des É.-U. que l'analyse documentaire a permis de dégager, nous dressons la liste des principales activités qui permettraient d'améliorer la détection des erreurs liées aux soins de santé et la sécurité des patients au Canada.

1.2 Thème central de l'enquête

Ce projet a pour but de relever les initiatives canadiennes qui visent à réduire les événements indésirables et les erreurs dans les établissements de santé et à améliorer la sécurité des patients. James Reason, l'expert britannique en matière d'erreur humaine, définit l'erreur comme l'échec de réaliser comme prévu une action planifiée ou comme l'utilisation d'un plan erroné pour réaliser un but (Reason, 1990; Reason, 1997). Les événements indésirables sont des préjudices dus à la prise en charge médicale (plutôt qu'à une maladie sous-jacente) (Bates et coll., 1997). Ce ne sont pas tous les événements indésirables qui sont évitables. La sécurité du patient est l'absence de préjudices accidentels (Kohn, et coll., 1999). Dans son rapport de 1999, l'Institute of Medicine des É.-U. indique ce qui suit : [TRADUCTION] « cette définition signifie que, selon la perspective du patient, c'est là l'objectif premier de la sécurité » (Kohn et coll., 1999: 3).

Bien que la nouvelle priorité accordée à la sécurité des patients nous ait sensibilisés davantage à la nécessité de porter plus d'attention à cette question, nous nous préoccupons depuis fort longtemps de réduire au minimum le risque auquel le patient est exposé. Suivant le principe d'Hippocrate, « d'abord ne pas faire de mal », qui date de plus de 2 000 ans, les soignants doivent prendre en considération que le traitement peut comporter des risques tout comme des avantages. Les professionnels et les organismes de soins de santé ont recours à de nombreux moyens pour repérer le risque et minimiser le préjudice possible, notamment les suivants : des examens réguliers de la morbidité et de la mortalité, l'autopsie, la gestion des risques, la lutte contre les infections, l'assurance de la qualité et les examens externes effectués par des organismes d'agrément ou d'autres organismes. Beaucoup d'organisations, y compris des associations professionnelles et des organismes de délivrance des permis, des organismes d'agrément et des ministères ont pour mandat de protéger les patients et le public, d'améliorer l'exercice de la profession et la prestation des soins et de faire en sorte que les services de santé satisfassent à la norme de pratique la plus élevée possible, compte tenu des ressources disponibles.

Ces initiatives ont donné lieu à d'importantes mesures de protection et à des niveaux élevés de rendement. Toutefois, d'après les données sur les événements indésirables, ces niveaux de rendement doivent être améliorés. Les mesures prises dans le secteur de l'aviation et dans d'autres industries à haut risque ont abouti à des hausses substantielles du rendement, qui ne sont pas encore évidentes dans le secteur de la santé. Nous devons reconnaître que les professionnels de la santé et les organismes de santé font face à des défis de taille. Les patients qui sont admis dans les services de santé sont souvent vulnérables en raison de leurs maladies ou de leurs handicaps. Les différences observées en ce qui concerne l'évolution de la maladie et la réponse du patient au traitement limitent l'exactitude du diagnostic et l'efficacité des interventions thérapeutiques. Enfin, la complexité des services de santé et la nécessité de coordonner les activités avec un large éventail de personnes, d'organismes et d'établissements rendent difficile le recours à des outils et à des méthodes utilisés dans d'autres secteurs.

Malgré ces obstacles, dans plusieurs pays, des personnes et des organismes unissent leurs efforts afin de déceler les événements indésirables et les erreurs liées aux soins de santé et d'améliorer les pratiques et les systèmes visant à les réduire. D'après Baker et Norton (2001), des mesures s'imposent dans trois domaines complémentaires. Premièrement, il faut perfectionner les méthodes de mesure de manière à mieux déceler les événements indésirables et à orienter les interventions visant à améliorer les processus de soins et les systèmes. Deuxièmement, il faut mettre au point de nouveaux outils et de nouvelles stratégies de changement de façon à restructurer les soins, à mettre en pratique les solutions qui se sont avérées efficaces et à aider les équipes et les praticiens à déceler et à prévenir les événements indésirables. Troisièmement, on a besoin d'un leadership actif et de cultures positives qui favorisent la déclaration des événements indésirables et la mise en place de nouveaux systèmes et de nouveaux outils destinés à réduire les événements indésirables, à faciliter la détection de ceux qui surviennent et à atténuer les répercussions de ceux qui échappent à la détection.

Les multiples facettes de la sécurité des patients et le large éventail d'activités pouvant influer sur la sécurité font en sorte qu'il est difficile d'articuler cette recherche autour d'un seul thème. Bien que nous reconnaissions que de nombreuses activités contribuent à créer des pratiques et des organismes de soins de santé plus sûrs, nous nous sommes concentrés sur les nouvelles initiatives visant à améliorer la déclaration des événements indésirables, sur la mise en œuvre d'outils et de stratégies pour le système et sur la création de cultures plus « souples » qui font baisser le nombre d'erreurs. Nous avons également recensé les initiatives visant à renforcer et à revitaliser les programmes de gestion des risques, d'amélioration de la qualité et de

déclaration des événements indésirables, qui ont des effets positifs sur la sécurité des patients.

1.3 Survol des initiatives des autres pays

Trois pays ont pris des initiatives exemplaires en vue d'améliorer la sécurité des patients : l'Australie, les États-Unis et le Royaume-Uni.

1.3.1 L'Australie

L'étude intitulée « *Quality in Australian Health Care study* (QAHCS) », publiée en 1995, a attiré l'attention sur les événements indésirables et les accidents iatrogènes liés aux soins de santé en Australie. Selon cette étude, 16,6 % des patients dont les dossiers hospitaliers ont été examinés ont été victimes d'un événement indésirable (Wilson et coll., 1995). La QAHCS a révélé un taux d'événements indésirables beaucoup plus élevé que l'étude de Harvard sur les événements indésirables en milieu hospitalier, réalisée dans l'État de New York et publiée plusieurs années auparavant. Cet écart s'explique en partie par le fait que l'étude australienne était axée sur la prévention et la qualité des soins, plutôt que sur la négligence et la faute professionnelle comme ce fut le cas pour l'étude américaine. Les données australiennes ont clairement montré que la morbidité dans les établissements de santé constituait un problème prioritaire de santé publique (Vincent, 1999). Selon des analyses plus récentes, plus de 70 % des événements indésirables relevés étaient dus à des défaillances techniques, au défaut de prendre une décision ou d'agir de façon appropriée en fonction de l'information disponible, au défaut d'enquêter ou de consulter ainsi qu'au manque de soins ou au défaut de soigner (Vincent, 1999; Wilson, Harrison, Gibberd et Hamilton, 1999).

La publication de l'étude australienne a suscité une vaste controverse dans le secteur de la santé et dans les médias. Il a fallu plusieurs années de planification pour qu'un groupe de travail national sur la qualité des soins en Australie (National Taskforce on Quality in Australian Health) produise un plan global visant à régler ces problèmes. Les recommandations de ce groupe de travail ont été largement appuyées, et les gouvernements fédéral et des États ont généreusement investi dans l'amélioration de la qualité des soins. En 1997, un groupe consultatif national d'experts de la sécurité et de la qualité des soins de santé australiens (National Expert Advisory Group on Safety and Quality in Australian Healthcare) a été mis sur pied; ses recommandations ont abouti à la création de l'Australian Council for Safety and Quality in Healthcare. Dans son rapport le plus récent, le nouveau Australian Council a mis en évidence un certain nombre d'initiatives et de réalisations importantes :

- La publication de deux rapports des ministres de la Santé exposant un plan quinquennal d'amélioration de la sécurité et de la qualité.
- La tenue d'ateliers ayant pour objet de formuler une vision concernant des soins de santé plus sûrs et d'établir des priorités d'action.
- Le lancement d'un « plan d'action », de concert avec le Commonwealth et les ministres de la Santé de la Nouvelle-Galles du Sud.
- L'élaboration de plans de communication, notamment un site Web et des rapports commandés.
- La réalisation d'une enquête auprès des professionnels de la santé sur les obstacles à la prestation de soins sans risque dans les hôpitaux et sur les possibilités offertes dans ce domaine (Australian Council for Safety and Quality in Healthcare, 2001).

Outre ces initiatives visant à sensibiliser davantage les gens aux questions en jeu et à axer les améliorations sur leur résolution, de nouveaux systèmes de surveillance et d'analyse des événements indésirables ont été mis au point en Australie. Les premières tentatives ont été centrées sur la surveillance des événements indésirables au cours de l'anesthésie. Grâce au financement du gouvernement, on a établi l'Australian Incident Monitoring System – Anaesthesia, en 1993. À la suite de la publication de la QAHCS, on a élargi ce système qui comprend maintenant tous les établissements de santé publics en Australie-Méridionale. Le système a aussi été adopté par la Nouvelle-Zélande. L'Australia Patient Safety Foundation est responsable du système de surveillance des incidents et a élaboré un système de classification servant au codage et à la déclaration des incidents et des événements indésirables (Runciman, Helps, Sexton et Malpass, 1998).

1.3.2 Les États-Unis

L'Institute of Medicine (IOM), un organisme privé créé pour conseiller le gouvernement fédéral des É.-U. en ce qui a trait aux questions scientifiques et techniques, a publié, en 1999, un important rapport sur les erreurs liées aux soins de santé. Ce rapport a donné lieu à de nombreuses mesures politiques et activités organisationnelles se rattachant aux erreurs. Le rapport, intitulé « *To Err is Human* », présentait l'erreur liée aux soins de santé comme un problème majeur de santé publique qui est à l'origine d'au moins 44 000 décès (ce chiffre pourrait même atteindre 98 000) chaque année dans les hôpitaux américains. Ces estimations étaient fondées sur la Harvard Medical Practice Study, une étude de pointe publiée en 1991, et sur une étude plus récente, basée sur des méthodes similaires, réalisée en Utah et au Colorado. Les auteurs du rapport recommandaient une démarche à quatre niveaux et ont tenté de trouver un

juste équilibre entre les initiatives réglementaires et les initiatives fondées sur le marché. Parmi leurs recommandations, mentionnons les suivantes :

- Concentrer l'attention au niveau national en vue de créer un leadership, des activités de recherche, des outils et des protocoles visant à enrichir la base de connaissances en matière de sécurité.
- Déceler les erreurs et en tirer des leçons par le biais d'initiatives obligatoires et volontaires de déclaration.
- Hausser les normes et les attentes en ce qui concerne les améliorations apportées à la sécurité en mettant à contribution les organismes de surveillance, les organismes d'acheteurs collectifs et les associations professionnelles.
- Favoriser la sécurité au sein des organismes de soins de santé en mettant en œuvre des pratiques sécuritaires de prestation des soins.

Dans les deux ans qui ont suivi la publication du rapport de l'IOM, les audiences du Congrès et les projets de loi ont proliféré, tant au niveau des États qu'au niveau national. Les organismes fédéraux chargés des soins de santé, y compris les organismes de financement, tels que Medicare, et les organismes de prestation de services, tels que la Veterans Administration, ont créé un groupe de travail de coordination interorganisation de la qualité (Quality Interagency Coordination Task Force (QUIC)) chargé de coordonner les interventions des organismes fédéraux américains en matière d'amélioration de la sécurité des patients. La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) a mis en vigueur de nouvelles exigences sur la sécurité des patients à l'intention des hôpitaux qu'elle agrée. Les employeurs, y compris bon nombre de grandes entreprises Fortune 500, ont commencé à considérer la sécurité des patients comme un important critère de sélection des fournisseurs de soins pour leurs employés. Le « Leapfrog Group », un groupe de grosses entreprises, a répertorié plusieurs initiatives clés qui peuvent réduire le nombre d'événements indésirables, entre autres la mise en œuvre de systèmes informatisés d'entrée des ordonnances médicales, et offrira aux fournisseurs des incitatifs fondés sur le marché, afin qu'ils adoptent de tels systèmes.

1.3.3 Le Royaume-Uni

En juin 2000, le National Health Service (NHS) en Grande-Bretagne a publié un rapport, intitulé « *An Organisation with a Memory* » (National Health Service, 2000), qui expliquait l'important impact des événements indésirables dans le NHS. Ce rapport avait été rédigé par un comité d'experts présidé par le directeur de la santé du NHS et axé sur la façon dont cet organisme pouvait

tirer de meilleures leçons des erreurs liées aux soins cliniques. Le rapport concluait que le tableau des erreurs en Grande-Bretagne était incomplet, mais qu'un problème grave se posait. Par exemple, les données existantes, même si elles laissaient à désirer, révélaient qu'au moins 400 patients étaient morts ou avaient subi des préjudices graves à la suite d'événements indésirables mettant en cause des instruments médicaux en 1999 et que près de 10 000 personnes avaient eu des réactions indésirables associées à des médicaments (dont certaines n'étaient pas évitables). Depuis la publication de ce rapport, Vincent et ses collaborateurs ont publié les résultats d'une étude pilote des événements indésirables observés dans deux hôpitaux de soins actifs à Londres, en ayant recours à des méthodes similaires à celles utilisées pour les études australienne et américaine (Vincent, Neale et Woloshynowych, 2001). Les chercheurs ont trouvé que 10,8 % des patients de ces établissements avaient vécu un événement indésirable durant leur séjour à l'hôpital. Environ la moitié de ces événements auraient pu être évités. Selon les auteurs, ces résultats laissent entrevoir que les événements indésirables sont une source sérieuse de préjudices aux patients et taxent énormément les ressources du NHS.

Les analyses plus récentes de l'étude pilote menée au R.-U. indiquent que moins de 20 % des événements indésirables évitables étaient directement liés à des interventions chirurgicales ou invasives et que moins de 10 % étaient liés à des erreurs de diagnostic. Cinquante-trois pour cent (53 %) des événements indésirables évitables sont survenus dans les salles de soins généraux (notamment lors de l'évaluation initiale et de l'administration de médicaments et de solutés) et 18 % étaient associés aux soins dispensés au moment où le patient allait quitter l'hôpital. Selon les auteurs, les facteurs ayant probablement contribué à ces erreurs incluaient la dépendance à l'égard du diagnostic posé par un clinicien inexpérimenté, la mauvaise tenue des dossiers, un manque de communication entre les soignants professionnels, la participation insuffisante des consultants aux soins quotidiens et l'absence d'évaluation détaillée des patients avant leur sortie (Neale, Woloshynowych et Vincent, 2001).

Le groupe d'experts du NHS a recommandé la mise en place d'un système national de déclaration des événements indésirables (National Health Service, 2000). Plus récemment, le National Health Service a annoncé qu'il établirait un système de déclaration qui permettrait de prendre des mesures afin de réduire le risque et d'éviter que des événements indésirables ne se répètent. De plus, le NHS a fait savoir qu'il créerait un organisme indépendant : le National Patient Safety Agency. Cet organisme assumerait les tâches suivantes :

- Recueillir et analyser les données sur les événements indésirables auprès d'organismes locaux du NHS, du personnel du NHS ainsi que des patients et des soignants.

- Rassembler d'autres données liées à la sécurité à partir de divers systèmes de déclaration et d'autres sources au R.-U. et à l'étranger.
- Tirer des leçons et faire en sorte qu'elles soient mises à profit dans la pratique et dans l'organisation et la prestation des services.
- Lorsque des risques sont décelés, trouver des solutions afin de prévenir les préjudices, définir les objectifs nationaux et établir des mécanismes permettant d'assurer le suivi des progrès (National Health Service, 2000).

Le National Patient Safety Agenda a été mis en œuvre en 2001 et est relié à un nouveau système national de déclaration des événements, des erreurs médicales et des incidents évités. En outre, on a réglé les problèmes du chevauchement des anciens mandats et des incohérences concernant les enquêtes sur les incidents en éclaircissant les responsabilités des services de santé locaux, du ministère de la Santé, de la Commission for Health Improvement et des ordres professionnels (Department of Health, 2001).

Par ailleurs, à partir de l'analyse présentée dans *An Organization with a Memory*, on a établi au NHS des objectifs précis sur lesquels devaient porter les mesures visant à améliorer la sécurité des patients. Ces objectifs sont notamment les suivants : réduire à zéro le nombre de patients paralysés en raison d'injections rachidiennes mal administrées d'ici 2001 et diminuer de 40 % le nombre d'erreurs graves liées à l'utilisation des médicaments de prescription d'ici 2005. Des objectifs plus généraux ont également été définis, entre autres les suivants : améliorer les pratiques cliniques, accroître la sécurité dans le milieu des soins et confier aux patients des rôles plus clairs (Department of Health, 2001).

1.4 Résumé

L'Australie, les États-Unis et le Royaume-Uni mettent en œuvre des moyens considérables en vue de réduire l'incidence des événements indésirables et des erreurs médicales. Chacun de ces pays a mis sur pied un comité de premier plan ayant pour mandat d'examiner la question, d'améliorer la déclaration et d'élaborer des recommandations visant à éliminer les lacunes du système. Les gouvernements fédéraux (et les gouvernement des États en Australie) fournissent un appui solide aux moyens déployés. De plus, divers groupes professionnels, employeurs, organismes de réglementation et fournisseurs de soins ont pris un large éventail d'initiatives en vue de résoudre ce problème.

1.5 Bibliographie

Australian Council for Safety and Quality in Healthcare. (2001). Safety in Practice: Making Health Care Safer.

Baker, G. R. and P. Norton (2001). "Making Patients Safer! Reducing Error in Canadian Healthcare." Healthcare Papers 2(1): 10-31.

Bates, D. W., Spell, N., Cullen, D. J., Burdick, E., Laird, N., Petersen, L. A., Small, S. D., Sweitzer, B. J., & Leape, L. L. (1997). The costs of adverse drug events in hospitalized patients. JAMA, 277(4), 307-311.

Department of Health [UK]. (2001). Building a Safer NHS for Patients: Implementing An Organization with a Memory. London: Department of Health. www.doh.gov.uk/buildsafenhs

Kohn, L. T., J. M. Corrigan, et al., Eds. (1999). To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC, National Academy Press.

Leape, L. L., Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA, Hebert L, Newhouse JP, Weiler PC, Hiatt H (1991). "The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II." New England Journal of Medicine 324(6): 377-384.
Millar, J. (2001). "System performance is the real problem." Healthcare Papers 2(1): 79-85.

National Health Service (2000). An organisation with a memory: Report of an expert group on learning from adverse events in the NHS chaired by the Chief Medical Officer. Norwich, UK, Department of Health: 91.

Neale, G., Woloshynowych, M., & Vincent, C. (2001). Exploring the causes of adverse events in NHS hospital practice. J R Soc Med, 94(7), 322-330

Ohlhauser, L. and D. P. Schurman (2001). "National Agenda: Local Leadership." Healthcare Papers 2(1): 77-78.

Reason, J. (1990). Human Error. New York, NY: Cambridge University Press.

Reason, J. T. (1997). Managing the Risks of Organizational Accidents. Aldershot, England: Ashgate Publishing.

Runciman, W. B., Helps, S. C., Sexton, E. J., & Malpass, A. (1998). A classification for incidents and accidents in the health-care system. Journal of Quality in Clinical Practice, 18(3), 199-211.

Vincent, C. (1999). The human element of adverse events. The Medical Journal of Australia, 170, 404-405.

Vincent, C., Neale, G., & Woloshynowych, M. (2001). Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. BMJ, 322(7285), 517-519.

Wilson, R. M., Harrison, B. T., Gibberd, R. W., & Hamilton, J. D. (1999). An analysis of the causes of adverse events from the Quality in Australian Health Care Study. The Medical Journal of Australia, 170(9), 411-415.

Wilson, R. M., Runciman, W. B., Gibberd, R. W., Harrison, B. T., Newby, L., & Hamilton, J. D. (1995). The Quality in Australia Health Care Study. The Medical Journal of Australia, 163(6 (November)), 458 - 476.

2. Méthodes

Nous attirons l'attention du lecteur sur l'annexe F qui contient les définitions de plusieurs termes utilisés dans le présent rapport.

2.1 Analyse documentaire

La National Patient Safety Foundation des É.-U. [www.npsf.org] répertorie depuis plusieurs années les documents traitant de ce domaine, dont le nombre croît rapidement, et publie une bibliographie annuelle. Cette bibliographie compte maintenant plusieurs milliers de publications. Dans le présent rapport, la bibliographie comprend des publications récentes portant sur les enjeux clés ainsi que des articles et des ouvrages « classiques ». Nous avons veillé tout spécialement à inclure des documents canadiens, c'est-à-dire des documents se rattachant aux pratiques et aux organisations canadiennes, de même que des articles rédigés par des Canadiens qui traitent de la sécurité des patients dans un contexte plus général. L'analyse documentaire annotée du présent rapport donne la liste des principales publications portant sur la sécurité des patients, ainsi qu'une description de chaque publication et un aperçu de chaque sujet mettant en évidence les questions prépondérantes dans les domaines qui nous intéressent.

Les sujets et les domaines se rattachant à la « sécurité des patients » ne sont pas tous présentés de la même manière. Le sujet peut être défini de façon succincte pour n'inclure que les publications portant essentiellement sur l'étude des événements indésirables et sur leur prévention. Il peut être défini de façon plus générale de manière à inclure tout aspect des soins et des services de santé pouvant entraîner des préjudices pour les patients, ainsi que toutes les interventions, y compris les changements d'ordre clinique, organisationnel et stratégique destinés à faire baisser le nombre de préjudices. Ces interventions pourraient prendre la forme de l'amélioration de la déclaration des événements indésirables, d'initiatives visant à réduire le risque de préjudices ou à atténuer les conséquences des préjudices et d'initiatives stratégiques et de recherche liées à la sécurité des patients et aux erreurs relatives aux soins de santé. Vu que presque tous les changements apportés à la prestation des soins peuvent avoir des effets sur les événements indésirables, la base documentaire potentielle pour cette analyse est extrêmement vaste. Par exemple, il est un fait bien connu que de nombreux patients victimes d'un infarctus ne reçoivent pas les médicaments appropriés, y compris les bêta-bloquants et les anti-inflammatoires non-stéroïdiens. Tout effort visant à améliorer la prescription de tels médicaments et l'observance thérapeutique des patients contribue à faire chuter le nombre de préjudices. Afin de limiter cette bibliographie, nous nous sommes concentrés sur les principaux documents

permettant de mieux comprendre les facteurs et les conditions qui favorisent une plus grande sécurité dans les soins de santé, aux niveaux individuel, organisationnel et stratégique, ainsi que sur le recensement des événements indésirables. Nous avons exclu les ouvrages traitant de pratiques particulières et d'initiatives destinées à améliorer de telles pratiques, qui réduiraient les préjudices associés à certains états pathologiques et à certaines interventions (p. ex. l'utilisation de lignes directrices en vue d'encourager la prescription de bêta-bloquants pour les patients victimes d'un infarctus).

Nous avons élaboré les rubriques de cette bibliographie en fonction de la connaissance que nous avons des ouvrages spécialisés. Par ailleurs, nous avons choisi chacun des sujets en fonction non seulement de nos connaissances personnelles de la littérature spécialisée, mais encore d'un examen des bibliographies créées par la National Patient Safety Foundation, l'Agency for Healthcare Research and Quality et le Salzberg Seminar on Medical Error and Patient Safety. Une recherche dans MEDLINE, HEALTHSTAR et CINAHL a également été effectuée dans le but de recenser d'autres documents. Cette recherche a été réalisée en utilisant les termes suivants : sécurité des patients, événements indésirables, erreurs médicales et gestion des risques. En outre, nous avons cherché dans ces bases de données les publications canadiennes et nous avons dépouillé manuellement les principales revues médicales ainsi que des revues sur les soins infirmiers et les soins de santé.

Nous avons envoyé une version préliminaire de l'analyse documentaire à plusieurs experts afin d'obtenir leurs commentaires sur les sujets et les ouvrages présentés et sur ceux que nous aurions pu oublier. À partir de leurs commentaires, nous avons ajouté des ouvrages et apporté des changements de manière à clarifier les descriptions des sujets et des ouvrages.

2.2 Les enquêtes

Deux enquêtes constituent le cœur de cette étude. L'une consistait en une interview téléphonique semi-structurée et l'autre, en un questionnaire envoyé par la poste en deux versions. Les enquêtes avaient pour objet :

- de déterminer les sujets de préoccupation particuliers en ce qui concerne la sécurité des patients ou les erreurs liées au système de santé;
- de relever les nouvelles questions ou les questions potentielles liées à la sécurité, dégagées par les organismes;
- de répertorier les outils, les programmes et les systèmes de surveillance utilisés à l'heure actuelle pour améliorer la sécurité des patients, et
- d'inventorier les pratiques exemplaires au Canada.

Les questionnaires ont été élaborés par les D[rs] Peter Norton et Ross Baker, avec l'aide de Smaller World Communications (SWC). Le questionnaire postal devait prendre deux formes : l'une était destinée aux établissements de santé (comme les hôpitaux, les organismes de soins à domicile et les établissements de soins de longue durée) et l'autre, aux associations et ordres professionnels. Par conséquent, on a produit des versions différentes du questionnaire car ces organisations ont des mandats et des rôles différents en ce qui concerne la sécurité des patients et la prévention des erreurs liées aux soins de santé. Par ailleurs, on a élaboré un questionnaire pour la réalisation de l'interview téléphonique. Les détails concernant l'élaboration et la mise à l'essai de ces instruments figurent dans le volume supplémentaire du présent rapport.

2.2.1 Échantillon de l'enquête postale

L'enquête postale a été conçue à l'intention des groupes suivants : centres de santé communautaires (CSC), hôpitaux communautaires, organismes de soins à domicile, grands hôpitaux universitaires, établissements de soins de longue durée, petits hôpitaux, organismes gouvernementaux, organismes nationaux, associations et ordres professionnels. Deux stratégies ont été employées pour répertorier les organismes. En premier lieu, nous avons cherché sur le World Wide Web les organismes canadiens; en second lieu, nous avons relevé d'autres organismes à partir des renseignements communiqués par ceux avec lesquels nous avions communiqué lors de la recherche initiale sur le Web. Dans l'ensemble, des questionnaires ont été envoyés à 69 associations et ordres professionnels ainsi qu'à 102 établissements de santé.

L'échantillon final se composait des organismes suivantes :

Tableau 1.

Type d'organisme	Atlantique	Colombie-Britannique	Alb., Sask. et Man.	Ontario	Québec	Total
Org. Communautaires (CSC)	2	2	3	3	3	13
Hôpitaux communautaires (non universitaires)	4	4	6	6	8	28
Org. gouvernementaux	2	1	2	1	1	7
Soins à domicile	2	2	2	5	2	13
Grands hôpitaux universitaires	2	2	2	3	5	14
Soins de longue durée	2	2	2	3	2	11
Organismes nationaux	0	0	0	0	0	21
Associations professionnelles	4	4	4	4	5	21
Ordres professionnels	4	4	4	4	4	20
Petits hôpitaux	4	4	4	5	6	23
Totaux	26	25	29	34	36	171

Afin d'obtenir un taux de réponse maximal au questionnaire, nous avons eu recours à la méthode de Dillman (Dillman, 1978). Les questionnaires initiaux ont été postés le 21 août 2001. Une fiche de rappel a été envoyée le 4 septembre et un dernier rappel a été posté le 18 septembre à tous les participants qui n'avaient pas encore répondu au questionnaire initial. Pendant la semaine du 8 octobre, les participants qui n'avaient pas encore répondu ont reçu un appel téléphonique qui avait pour but de les inciter à participer et de leur demander les raisons pour lesquelles ils n'avaient pas répondu. On a donné le choix à ceux qui avaient reçu un questionnaire de faire parvenir celui-ci et d'autres documents à SWC dans une enveloppe affranchie et adressée ou d'envoyer leur réponse par fax.

2.2.2 Échantillon de l'enquête téléphonique

L'échantillon de l'enquête téléphonique a été établi au moyen d'un sondage « boule de neige» (Fink, 1995). Tout d'abord, les D[rs] Norton et Baker ont contacté des experts en matière de sécurité des patients et d'erreurs liées aux soins de santé dans les différentes régions du pays. Ils ont demandé à ces experts d'indiquer deux ou trois personnes et/ou organismes qui s'occupaient de pratiques et de projets innovateurs visant à déceler les erreurs et à améliorer la sécurité des patients. La première liste comprenait 46 informateurs clés. Après avoir interviewé ces informateurs clés, on leur a demandé d'indiquer deux ou trois personnes qui, selon eux, avaient recours aux meilleures pratiques en matière de sécurité des patients et d'erreurs liées aux soins de santé. Ces références ont ensuite fait partie de l'échantillon. La même

question a été posée aux participants à l'enquête postale. Les références des participants à l'enquête postale ont aussi été incluses dans l'échantillon. Les personnes indiquées comme références étaient incluses dans la série suivante d'interviews si elles représentaient un organisme différent, si elles faisaient partie d'une région qui n'était pas bien représentée et si elles n'avaient pas déjà été contactées aux fins d'une interview (quelques organismes et/ou personnes ont été mentionnés comme références plus d'une fois). Trente-trois (33) références ont été choisies pour participer à l'enquête. Au total, 79 participants ont été contactés pour les interviews.

L'échantillon final se composait comme suit :

Tableau 2.

	Alberta	Atlantique	Colombie-Britannique	Sask. et Manitoba	Échelle nationale	Ontario	Québec	Total
Contacts de première ligne	5	3	3	9	6	14	6	46
Références	1	3	3	9	4	12	1	33

Pour les interviews, on a composé chaque numéro de téléphone trois fois afin de faire en sorte que chacun ait la chance de participer à l'enquête. Lorsqu'une adresse électronique était fournie, l'intervieweur s'est également servi du courriel pour contacter les gens.

Les interviews ont débuté la semaine du 10 septembre et se sont poursuivies jusqu'au 26 octobre. Chaque répondant a pris part à une interview semi-structurée (voir l'annexe A). Les interviews duraient entre 20 et 45 minutes.

Dans le cadre de l'interview, on demandait aux répondants s'ils pouvaient soumettre de la documentation sur leur organisation, qui présentait un intérêt pour l'étude. Si le répondant disposait d'une telle information, le SWC lui faisait parvenir par un service de messagerie une enveloppe-réponse affranchie.

2.2.3 Analyse des données des enquêtes

Les données quantitatives des enquêtes postales ont été entrées dans le Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Deux mécanismes de surveillance de la qualité étaient en place afin d'assurer l'exactitude de l'entrée des données. Premièrement, le système d'entrée des données incluait des contrôles par fourchette. Si, pour une question donnée, un chiffre ne se situant

pas dans la fourchette acceptable était entré, l'ordinateur le refusait et l'opérateur était invité à procéder à une nouvelle entrée. Deuxièmement, on vérifiait l'exactitude des données en entrant de nouveau 10 % d'entre elles. Ces méthodes ont révélé un taux d'erreur inférieur à 1 %.

Les questions ouvertes des enquêtes postales ont été transcrites mot à mot sous forme de tableaux dans un système de traitement de texte. Tous les commentaires écrits ont été examinés et classés par thèmes de façon qu'on puisse déterminer les questions clés, les ressources et les lacunes. Le D[rs] Norton et Baker ont ensuite étudiés les thèmes en collaboration avec les chercheurs qui prenaient part au projet.

Toutes les interviews téléphoniques ont été enregistrées sur bande magnétique et ont été transcrites mot à mot. Toutes les transcriptions ont été importées dans le programme QSR NUD*IST 4.0 (Qualitative Solutions and Research – Non-numerical Unstructured Data Indexing Searching and Theorizing) (Richards et Richards, 1991). Ce programme aide à coder les données qualitatives en un système d'indexage, à faire des recherches et/ou à déterminer des méthodes de codage.

Au début de l'analyse des données, on a lu plusieurs fois les transcriptions des bandes magnétiques afin de parvenir à une compréhension globale des données. Ensuite, on a analysé les données à l'aide de la méthode d'analyse comparative constante (Glaser et Strauss, 1967) et en s'inspirant de Lincoln et Guba (1985) ainsi que des suggestions de Lofland et Lofland (1995) concernant le codage initial et la mémorisation.

Au fur et à mesure qu'on approfondissait l'analyse des transcriptions, on créait des catégories. Après avoir dégagé un certain nombre de points et de thèmes principaux au moyen du système d'indexage final, on a rédigé des résumés de chacun d'entre eux. Les points et thèmes principaux retenus en dernier étaient ceux qui étaient omniprésents dans les interviews.

2.3 Examen des questions juridiques

Nous avons consulté deux professeurs de la Faculté de droit de l'Université de Calgary, qui ont donné des cours sur la jurisprudence médicale. Ces deux professeurs nous ont conseillé deux ouvrages clés pour notre examen des question juridiques. Le premier est le texte de référence en matière de responsabilité légale au Canada, rédigé par E. I. Picard et G.B. Robertson, qui s'intitule « *Legal Liability of Doctors and Hospitals in Canada* » (1996). Le second est le rapport qui a fait date et qui traite de la responsabilité et de l'indemnisation dans le domaine des soins de santé canadien; il a été rédigé

par J.R.S. Prichard et porte le titre suivant : « *La responsabilité et l'indemnisation dans les soins de santé : Rapport à la Conférence des sous-ministres de la Santé de l'Étude fédérale-provinciale-territoriale sur les problèmes de la responsabilité et de l'indemnisation dans le secteur des soins de santé* » (1990).

Le rapport de Prichard offre une analyse fouillée et globale du domaine jusqu'en 1990, tandis que le texte de Picard et Robertson passe en revue les événements jusqu'en 1995 environ. Pour compléter ces ouvrages, nous avons élaboré une stratégie de recherche avec l'aide de deux bibliothécaires de la bibliothèque juridique de l'Université de Calgary. Cette recherche avait pour objet de relever les principaux domaines dans lesquels des changements étaient survenus depuis 1990. Nous avons effectué une recherche limitée sur la situation au Canada. Pendant notre recherche, nous avons découvert les actes d'une conférence sur la réforme du système de responsabilité délictuelle, organisée par l'Association canadienne de protection médicale à Toronto, le 5 novembre 1998. Nous avons examinée en détail les actes de cette conférence.

Par ailleurs, dans le cadre de ce survol des questions juridiques, nous avons aussi étudié divers autres articles recensés au moyen de la recherche documentaire.

2.4 Bibliographie

Canadian Medical Protective Association (1998). Tort Reform Conference. Toronto, Ontario, November 5, 1998. Proceedings are accessible at http://www.cmpa.org/cmpaweb/public/english/tort-e.cfm

Dillman, Don A. (1978). Mail and Telephone Surveys: The Total Design Method. New York: Wiley-Interscience.

Fink, A. (1995). How to Sample in Surveys. The Survey Kit, Volume 6. Thousand Oaks, California: Sage.

Glaser, B., & Strauss, A. (1967). The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. New York: Aldine de Gruyer.

Lincoln, Y., & Guba, E. (1985). Naturalistic Inquiry. Newbury Park, California: Sage.

Lofland, J., & Lofland, L. (1995). Analyzing social settings: a guide to qualitative observations and analysis. Belmont, California: Wadsworth Publishing.

Picard, E. I. and G. B. Robertson (1996). Legal Liability of Doctors and Hospitals in Canada, 3rd Edition. Scarborough, Ont., Carswell Publishing.

Prichard, J. R. S. (1990). Liability and compensation in health care: a report to the Conference of Deputy Ministers of Health of the Federal/Provincial/Territorial Review on liability and compensation issues in health care. Toronto, University of Toronto Press.

Richards, L., & Richards, T. (1991). The NUD*IST Qualitative data analysis system. Qualitative Sociology, *14*, 307-324.

3. Résultats

Nous attirons l'attention du lecteur sur l'annexe F qui contient les définitions de plusieurs termes utilisés dans le présent rapport.

3.1 Analyse documentaire

3.1.1 Sécurité et erreur : Textes et survols généraux

Reason, J., *Human Error*. 1990, New York, NY: Cambridge University Press.

Le livre de Reason est un classique sur l'erreur, rédigé par l'une des sommités dans le domaine de l'erreur et de la performance humaine. Il initie brièvement le lecteur aux idées fondamentales, aux méthodes, aux traditions de recherche et aux études de base ayant trait à l'erreur dans un large éventail d'activités humaines. Les premiers chapitres présentent une introduction à la nature de l'erreur et à la recherche sur l'erreur, mettant en relief deux traditions de recherche en sciences naturelles et en génie (ou « science cognitive »). Les chapitres 3 à 5 présentent un aperçu des mécanismes à la base de l'erreur et des processus qui entraînent différents types d'erreur. Les chapitres de conclusion traitent des conséquences de l'erreur humaine : détection des erreurs, facteurs ayant contribué à l'accident et mesures correctives. En particulier, Reason établit une distinction importante entre les erreurs actives et les erreurs latentes. Les premières ont des répercussions immédiates sur les systèmes et sont habituellement commises par des pilotes, des médecins et d'autres acteurs à « l'avant-scène ». Par contre, les erreurs latentes sont commises le plus souvent par ceux qui se trouvent à « l'arrière-scène » du système, entre autres les gestionnaires, les décideurs et les concepteurs de système. Un examen de six études de cas (Three Mile Island, Challenger, etc.) permet de croire que ce sont les erreurs latentes plutôt que les erreurs actives qui menacent le plus la sécurité dans les systèmes de haute technologie. Le dernier chapitre passe en revue diverses techniques d'évaluation et de réduction des risques d'erreur, y compris les techniques de fiabilité du personnel, les aides-mémoire et les systèmes d'aide à la décision.

Bogner, M.S. (ed.) (1994). *Human Error in Medicine*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.

L'ouvrage de Bogner renferme plusieurs textes classiques sur l'erreur, notamment ceux de Leape, Senders, Gaba et Helmreich, ainsi que de Cook et Woods.

Cook, Richard I. et David D. Woods (1998). *A Tale of Two Stories: Contrasting Views of Patient Safety*. Chicago: National Patient Safety Foundation

Cette monographie est basée sur un atelier qui portait sur les aspects techniques de l'amélioration de la sécurité des patients et sur le contraste qui existe entre les cas odieux « célèbres » et d'autres enquêtes plus détaillées sur les défaillances au niveau de la sécurité qui ont mis en cause les multiples aspects d'un système ayant contribué à ces incidents. Si l'on se concentre essentiellement sur les praticiens de « l'avant-scène », on a de la difficulté à comprendre comment on peut améliorer les systèmes. Toutefois, si l'on se concentre sur la sécurité à l'exclusion de tous les autres facteurs, on ne tient pas compte de la nature complexe de telles organisations.

Kohn, L.T., J.M. Corrigan et M.S. Donaldson, eds. (1999). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. National Academy Press: Washington, DC.

Ce rapport, publié par le Committee on Quality of Health Care in America de l'Institute of Medicine (IOM) des É.-U., présente un sommaire des principales études épidémiologiques axées sur les erreurs dans les soins de santé, examine les répercussions de ces études et analyse le leadership, les stratégies de déclaration et les changements systémiques nécessaires pour réduire l'incidence et l'impact des erreurs dans les soins de santé aux É.-U.. À partir de cette analyse, les auteurs formulent une série de recommandations visant à obtenir une amélioration minimale de la qualité au cours des dix prochaines années. Les recommandations portent sur quatre aspects : 1) établir une vision nationale afin de promouvoir le leadership et la recherche et de créer des outils et des protocoles en vue d'enrichir la base de connaissances sur la sécurité; 2) détecter les erreurs au moyen d'initiatives immédiates et dynamiques de déclaration obligatoire, ainsi que de la promotion d'initiatives volontaires, et tirer des leçons de ces erreurs, tout en veillant à améliorer la sécurité du système pour les patients; 3) hausser les normes et les attentes à l'égard de l'amélioration de la sécurité par le biais des organismes de surveillance, des acheteurs collectifs et des groupes professionnels; 4) créer des systèmes de sécurité au sein des organismes de soins de santé en mettant en application des pratiques sûres au niveau de la prestation des services. Ce niveau constitue l'objectif ultime de toutes les recommandations. Si, au cours des deux dernières années, les erreurs liées aux soins de santé aux É.-U. ont bénéficié d'une attention beaucoup plus grande, c'est surtout grâce au Rapport de l'IOM. À la suite de ce rapport, le président Clinton a ordonné à tous les organismes fédéraux chargés des soins de santé d'élaborer des plans visant à réduire le nombre d'erreurs. De nombreuses audiences législatives ont été tenues et plusieurs projets de loi ont été déposés pour résoudre certains aspects du problème.

Leape, L. L. (1994). « Error in Medicine ». *JAMA* **272**(23): 1851-1857.

Leape extrapole l'impact de la Harvard Medical Practice Study sur les É.-U. et fait observer que, si ces taux sont typiques, leur impact pourrait être analogue à l'écrasement d'un jumbo jet tous les deux jours. Leape analyse ensuite les raisons pour lesquelles le taux d'erreurs médicales est si élevé, se concentrant sur les répercussions de la « culture de l'exercice de la médecine » sur les médecins et les autres membres du personnel. Il signale l'importance accordée à une médecine infaillible dans le cadre de la socialisation des médecins et l'hypothèse voulant que si des erreurs se produisent, elles sont attribuables à des individus. Lorsqu'on vise l'infaillibilité, on est tenté de dissimuler les erreurs, car sinon les personnes qui les déclarent sont considérées comme incompétentes ou négligentes. Pourtant, la dissimulation des erreurs suscite un stress émotionnel chez les médecins et nuit aux efforts déployés pour accroître la sécurité. Cette situation crée un paradoxe où la médecine doit avoir pour norme la perfection… même si tous les médecins reconnaissent que les erreurs sont inévitables.

Le fait que l'accent soit mis sur la perfection signifie aussi que les initiatives visant à prévenir ou réduire les erreurs sont fondées sur la formation et la motivation des individus, et sur la punition de ceux qui commettent des erreurs. Cette démarche diffère de celle des autres secteurs où l'erreur humaine est souvent attribuable à des facteurs sur lesquels l'individu n'exerce aucun contrôle. Les systèmes qui reposent sur l'infaillibilité sont voués à l'échec. Si les médecins et les infirmières veulent réduire le nombre d'erreurs, ils doivent modifier leur conception de l'erreur. La recherche sur les facteurs humains et la psychologie cognitive a permis de dégager quelques idées utiles pour réduire le nombre d'erreurs. S'il n'existe pas de stratégies simples ou universelles, la solution réside dans les changements systémiques, par exemple dans l'attention accordée à la conception du travail dans le domaine des soins de santé, de manière qu'il soit difficile pour les individus de commettre des erreurs. Puisque les erreurs sont inévitables, les systèmes doivent être conçus de façon à donner du feed-back et à intégrer des tampons et des redondances qui limitent les conséquences des erreurs. La normalisation et la simplification des méthodes de travail diminuent aussi les risques d'erreur. Contrairement au secteur de l'aviation et à d'autres secteurs à haut risque, le secteur de la médecine n'a pas adopté de stratégies de ce genre sur une grande échelle. Les médecins et les infirmières doivent accepter le fait que l'erreur est inévitable et qu'il faut concevoir les systèmes autrement pour limiter les erreurs.

Spath, P.L., ed. (2000). *Error Reduction in Health Care: A Systems Approach to Improving Patient Safety*. Jossey-Bass: San Francisco.

Dans son livre, Spath présente plusieurs analyses judicieuses sur des sujets prépondérants, et notamment des stratégies pour mettre en application des méthodes de travail « à l'épreuve des erreurs », pour enquêter sur les événements indésirables, pour effectuer des analyses sur les causes profondes et pour réduire les erreurs grâce à un meilleur travail d'équipe. L'auteur mise sur l'approche systémique de la réduction des erreurs, par le biais de la détection des facteurs latents et des facteurs situationnels qui contribuent à l'erreur. Il décrit à grands traits l'application des principes ergonomiques pour la conception des tâches, des méthodes de travail et des systèmes, et propose des façons de mesurer les erreurs et d'analyser les causes profondes qui permettent d'améliorer les moyens de limiter les erreurs.

Cook, R. I. et D. D. Woods (1994). « Operating at the Sharp End: The Complexity of Human Error ». Dans M. S. Bogner. *Human Error in Medicine*. Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum: 255-310.

Ce chapitre constitue une introduction enrichissante qui permet de mieux comprendre la défaillance d'un système et les liens qui existent entre, d'une part, l'erreur humaine et, d'autre part, les facteurs humains et les mécanismes psychologiques cognitifs. On y présente un modèle de performance humaine comportant trois types de facteurs cognitifs qui régissent le processus par lequel les intentions d'agir prennent forme chez les gens. Il s'agit des facteurs liés aux connaissances (c.-à-d. aux connaissances qui peuvent être mises à profit pour résoudre des problèmes dans un contexte donné), de la dynamique attentionnelle (c.-à-d. les facteurs qui influent sur l'attention et sur l'effort de concentration au fur et à mesure que les situations évoluent) et des facteurs stratégiques (c.-à-d. les compromis entre des objectifs contradictoires, tout particulièrement lorsque les praticiens agissent dans l'incertitude ou avec des ressources limitées). Ces éléments interreliés interviennent dans le contexte des ressources disponibles et des contraintes, à l'avant-scène, et influent sur tout un éventail d'acteurs qui coordonnent les activités à l'arrière-scène. Dans la première partie du chapitre, les auteurs présentent et analysent trois exemples appartenant au domaine de l'anesthésiologie, en étudiant la façon dont des erreurs dans la performance humaine sont liées à la complexité des comportements humains et du fonctionnement du système. La deuxième partie du chapitre porte sur d'importantes défaillances des systèmes en médecine et dans d'autres domaines. Selon les auteurs, les problèmes de traitement cognitif sont similaires pour ces différents domaines. La troisième partie du chapitre traite des conséquences de ces idées sur les tentatives visant à éliminer l'erreur humaine en tant que cause d'importantes défaillances des systèmes. L'un des moyens d'améliorer la performance humaine est la formation,

notamment à l'aide de simulateurs qui permettent aux praticiens d'être confrontés à des scénarios peu fréquents, mais réalistes. La technologie, y compris l'automatisation, constitue un autre solution, mais peut comporter des avantages et des inconvénients. Elle peut réduire la charge de travail; cependant, une « automatisation boiteuse » augmente la charge de travail en périodes de pointe, ce qui a pour effet de diminuer la performance humaine. Les auteurs concluent que, dans les systèmes complexes, les défaillances sont inévitablement liées aux exigences, en particulier aux exigences cognitives, imposées à la performance humaine. Les stratégies visant à améliorer la performance (formation et, dans une certaine mesure, technologie) plutôt qu'à minimiser tout simplement l'erreur humaine (règles, politiques et sanctions) jouent un rôle déterminant pour ce qui est d'accroître l'efficacité de la performance humaine.

☒ Senders, J. W. (1991). *Human Error: Cause, Prediction and Reduction*. Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum Associates.

Il s'agit d'un recueil de documents découlant de la deuxième Conference on the Nature and Source of Human Error (1983, Bellagio, Italie). Plusieurs documents présentent des taxinomies des erreurs et proposent des stratégies permettant de prévoir et de réduire les erreurs. L'introduction constitue un excellent survol du domaine.

☒ Baker, G. R. et P. Norton (2001). « Making Patients Safer! Reducing Error in Canadian Healthcare ». *Healthcare Papers* **2**(1): 10-31.

Ce document porte sur les répercussions des études épidémiologiques axées sur les erreurs liées aux soins de santé en Australie et aux É.-U.. Aucune étude du genre n'a été menée au Canada, mais tout porte à croire que la situation est assez semblable à celle des autres pays qui ont rigoureusement examiné le problème. Ces études font craindre de façon générale une épidémie d'erreurs dans les soins de santé. Les auteurs exposent trois stratégies visant à résoudre le problème des erreurs dans ce secteur. Premièrement, on a besoin de meilleures données sur le nombre et les types d'erreurs qui se produisent afin de mettre le doigt sur les changements à apporter. Il faut mettre en place des politiques de déclaration non punitives destinées à faire évoluer la culture traditionnelle du blâme qui décourage la déclaration des erreurs. Deuxièmement, il faut mettre à l'essai et adopter des pratiques et des stratégies qui se sont avérées efficaces pour ce qui est de réduire les erreurs, tels que les systèmes d'entrée des ordonnances médicales et d'administration des médicaments. Troisièmement, les organismes de soins de santé doivent faire des efforts afin de créer des cultures plus efficaces, axées sur la prévention des erreurs et la détection des erreurs qui surviennent inévitablement. Ces cultures devront mettre l'accent sur le travail d'équipe et sur la réforme continuelle des

systèmes de santé, et plus particulièrement dans les domaines à haut risque comme les salles d'opération, les unités de soins intensifs et les salles d'urgence. Ces tâches sont complexes et nécessiteront des investissements dans de nouveaux équipements et dans de nouvelles compétences, mais elles sont essentielles au maintien de la confiance du public à l'égard des soins de santé.

Zipperer, L. et S. Cushman, Eds. (2001). *Lessons in Patient Safety*. Chicago, IL, National Patient Safety Foundation.

La National Patient Safety Foundation a produit ce volume révisé qui inclut une série de brefs survols de questions clés et de concepts sous-jacents. Cet ouvrage renferme plusieurs essais sur d'importants concepts et sur des disciplines fondamentales. Certains chapitres offrent au lecteur des guides de la littérature spécialisée, par exemple sur les défis administratifs, les milieux propices aux erreurs, les leçons à tirer des mesures prises pour remédier aux erreurs et les contextes des systèmes dans lesquels s'inscrit la sécurité. Ce livre est une introduction fort intéressante au sujet et aux documents publiés dans ce domaine.

3.1.2 Épidémiologie des erreurs liées aux soins de santé

Études de première importance sur l'incidence des erreurs

Brennan, T. A., L. L. Leape et coll. (1991). « Incidence of adverse events and négligence in hospitalized patients ». *The New England Journal of Medicine* **324**(6): 370 - 384.

Dans le cadre d'une analyse interdisciplinaire des litiges ayant trait aux préjudices médicaux et aux fautes professionnelles, les auteurs font état des résultats d'une vaste étude sur les événements indésirables dont ont été victimes des patients d'hôpitaux de l'État de New York, en 1984. En se fondant sur les dossiers de plus de 30 000 patients choisis au hasard, ils ont estimé l'incidence des événements indésirables, définis en tant que préjudices causés par la prise en charge médicale, ainsi que l'incidence d'un sous-groupe de préjudices attribuables à la négligence ou à la mauvaise qualité des soins. Parmi les patients hospitalisés, 3,7 % ont été victimes d'événements indésirables, et 27,6 % de ces événements étaient dus à la négligence. Bien que 70,5 % des événements indésirables aient entraîné une invalidité qui a duré moins de six mois, 2,6 % ont causé une invalidité permanente et 13,6 %, le décès du patient. Le pourcentage d'événements indésirables imputables à la négligence était nettement plus élevé chez les personnes âgées. Cette étude, la Harvard Medical Practice Study, était fondée sur des méthodes qui avaient

été mises au point pour examiner les événements indésirables en Californie. Les résultats ont été abondamment cités et ont servi de base aux analyses présentées dans le rapport de l'IOM. Les méthodes utilisées pour cette étude ont été adaptées et appliquées par des chercheurs dans le cadre des études réalisées en Australie, au R.-U. et en Nouvelle-Zélande, qui sont citées plus loin.

Leape, L. L., Brennan, T.A., Laird, N., Lawthers, A.G., Localio, A.R., Barnes, B.A., Hebert, L., Newhouse, J.P., Weiler, P.C., Hiatt, H. (1991). « The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II ». *New England Journal of Medicine* **324**(6): 377-384.

Il s'agit là du deuxième rapport sur la Harvard Medical Practice Study. Cet article présente une analyse des événements indésirables et de leur lien avec l'erreur, la négligence et l'invalidité. Deux médecins-examinateurs indépendants ont recensé les événements indésirables et les ont évalués en fonction de certains critères : la négligence, les erreurs de gestion et l'ampleur de l'invalidité. L'un des auteurs a classé chaque événement selon le type de préjudice. Les auteurs ont constaté que les complications dues aux médicaments constituaient le type d'événement indésirable le plus courant (19 %); venaient ensuite les infections de plaie (14 %) et les complications techniques (13 %). Près de la moitié des événements indésirables (48 %) étaient associés à une opération. La négligence entrait en ligne de compte dans un moins grand nombre d'événements survenus pendant une intervention chirurgicale (17 %) que pendant une intervention non chirurgicale (37 %). La proportion d'événements indésirables dus à la négligence était plus élevée dans les cas d'incidents liés au diagnostic (75 %), d'incidents liés à une intervention thérapeutique non invasive (« erreurs d'omission ») (77 %) et d'incidents survenus dans les salles d'urgence (70 %). Les erreurs liées à la gestion étaient à l'origine de 58 % des événements indésirables, dont près de la moitié étaient attribuables à la négligence. Les auteurs concluent que la prévention de nombreux événements indésirables dépend de l'avancement des connaissances médicales, mais que la grande proportion d'événements qui sont imputables à des erreurs de gestion donne à penser que de nombreux autres pourraient d'ores et déjà être évités. Pour faire baisser l'incidence de ces événements, il faudra en déterminer les causes et mettre au point des méthodes de prévention des erreurs ou d'atténuation de leurs effets.

Wilson, R. M., W. B. Runciman et coll. (1995). « The Quality in Australia Health Care Study ». *The Medical Journal of Australia* **163**(6 (novembre)): 458 - 476.

Une étude des dossiers médicaux de plus de 14 000 patients admis dans 28 hôpitaux en Nouvelle-Galles du Sud et en Australie-Méridionale a révélé que 16,6% de ces admissions étaient associées à un « événement indésirable » qui

avait entraîné une invalidité ou une hospitalisation plus longue pour le patient et qui avait été causé par la gestion des soins de santé; 51% de ces événements étaient jugés évitables. Dans 77,1 % des cas, l'invalidité avait disparu dans les 12 mois, alors que dans 13,7 % des cas, l'invalidité était permanente et que dans 4,9% des cas, le patient était décédé. Ce rapport a un profond impact sur l'élaboration d'initiatives stratégiques et organisationnelles visant à réduire les erreurs liés aux soins de santé en Australie.

Vincent, C., G. Neale et coll. (2001). « Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review ». *BMJ* **322**(7285): 517-519.

Cet article fait état de l'application en Grande-Bretagne des méthodes utilisées aux É.-U. et en Australie pour déceler les événements indésirables par le biais d'une étude des dossiers dans les hôpitaux britanniques et pour estimer de façon préliminaire l'incidence et le coût des événements indésirables. Comme pour les études antérieures, les chercheurs ont procédé à l'étude rétrospective de 1 014 dossiers médicaux et infirmiers dans deux hôpitaux de soins actifs de la région métropolitaine de Londres. Selon les résultats, 110 patients (10,8 %) ont été victimes d'un événement indésirable. Le taux global des événements indésirables était de 11,7 % lorsque des événements indésirables multiples étaient inclus. On a jugé qu'environ la moitié de ces événements auraient pu être évités si des normes ordinaires de soins avaient été appliquées. Le tiers des événements indésirables ont donné lieu à une invalidité moyenne ou importante, ou encore au décès du patient. Ces résultats laissent entrevoir que les événements indésirables sont une sérieuse source de préjudices pour les patients et épuisent les ressources du NHS. Certains de ces événements sont graves; d'autres sont des événements bénins fréquents qui passent inaperçus dans le cadre des soins cliniques courants, mais qui ont des conséquences économiques d'une grande ampleur.

Thomas, E. J., D. M. Studdert et coll. (2000). « Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado ». *Medical Care* **38**(3): 261-71.

Ce rapport fait état d'une répétition de la Harvard Medical Practice Study visant à estimer l'incidence des événements indésirables en général et des événements indésirables dus à la négligence en Utah et au Colorado, ainsi que leurs types. Les chercheurs ont choisi un échantillon représentatif d'hôpitaux dans les deux États, puis ont choisi au hasard 15 000 congés non psychiatriques en 1992. Chaque dossier a été présélectionné par une infirmière-examinatrice en fonction de 18 critères associés à des événements indésirables. Si le dossier répondait à au moins un des critères, il était alors examiné par un médecin qualifié qui devait déterminer si un événement indésirable en général ou un événement indésirable dû la négligence était survenu et classer cet événement selon son type. On a découvert que des

événements indésirables étaient survenus dans 2,9 +/-0,2 % (moyenne +/-ET) des hospitalisations dans chaque État. En Utah, 32,6 +/-4 % des événements indésirables étaient imputables à la négligence; au Colorado, leur taux se chiffrait à 27,4 +/-2,4 %. On a par ailleurs constaté que 6,6 +/-1,2 % des événements indésirables en général et 8,8 +/-2,5 % des événements indésirables dus à la négligence avaient entraîné le décès du patient. Les événements indésirables liés à une opération représentaient 44,9 % de tous les événements indésirables; 16,9 % étaient dus à la négligence et 16,6 % avaient abouti à une invalidité permanente. Les effets indésirables des médicaments étaient la cause principale des événements indésirables non associés à une opération (19,3 % de tous les événements indésirables; 35,1 % étaient imputables à la négligence, et 9,7 % ont causé une invalidité permanente). La plupart des événements indésirables ont été attribués à des chirurgiens (46,1 %, dont 22,3 % étaient dus à une négligence) et à des internistes (23,2 %, dont 44,9 % étaient dus à la négligence). D'après les conclusions des auteurs, l'incidence et les types d'événements indésirables en Utah et au Colorado en 1992 étaient similaires à ceux observés dans l'État de New York en 1984.

Davis, P., Lay-Yee, R., Schug, S., Briant, R., Scott, A., Johnson, S., Bingley, W. (2001). « Adverse events regional feasibility study: indicative findings ». *New Zealand Medical Journal*. 11 mai; 114(1131):203-5.

Cette étude fait part des résultats d'une recherche dans le cadre de laquelle on a mis en application le protocole australien dans le but de recenser les événements indésirables dans trois hôpitaux d'Auckland (N.-Z.). Au moyen d'un examen à deux niveaux, 142 cas ont été relevés en tant qu'événements indésirables (10,7 % des 1 326 dossiers présélectionnés). Dans 102 cases, soit 7,7 % de tous les dossiers présélectionnés, on a considéré que la gestion des soins de santé était plus souvent qu'autrement la cause de l'événement indésirable. Environ la moitié des événements indésirables sont survenus avant l'admission du premier cas, dont la majorité à l'extérieur de l'hôpital. Plus de la moitié de tous les événements ont entraîné une invalidité dont le patient s'est rétabli en moins d'un mois. En moyenne, 6,7 jours supplémentaires d'hospitalisation ont été attribués aux événements indésirables. Pour 60 % des événements indésirables, la preuve qu'ils auraient pu être évités était soit faible, soit inexistante. C'est surtout dans le domaine de l'éducation que la prévention aurait été possible. Plus de la moitié de tous les événements indésirables sont survenus dans le contexte d'une intervention chirurgicale. Les événements indésirables médicaux étaient plus nombreux à être survenus à l'extérieur de l'hôpital, à être liés aux médicaments, à être associés à une admission aux soins actifs, à être classés en tant qu'événement très faciles à prévenir et à avoir un plus grand impact sur la durée de l'hospitalisation. Selon la conclusion des chercheurs, bien que les données produites par une étude de

faisabilité doivent être interprétées avec discernement, les résultats sont compatibles avec ceux de l'Australie et sont potentiellement significatifs sur le plan clinique et sur le plan de la gestion.

Thomas, E. J., D. M. Studdert et coll. (2000). « A comparison of iatrogenic injury studies in Australia and the USA. I: Context, methods, casemix, population, patient and hospital characteristics ». *International Journal for Quality in Health Care* **12**(5): 371-8.

Cet article analyse les raisons venant expliquer les différences entre deux études sur les événements iatrogènes ayant porté sur des patients hospitalisés en 1992, qui ont utilisé ostensiblement des méthodes et des tailles d'échantillon similaires, mais qui ont abouti à des constatations très différentes. Selon la Quality in Australian Health Care Study (QAHCS), 6,6 % des admissions étaient associées à des événements indésirables, alors que selon l'Utah-Colorado Study (UTCOS), le pourcentage de ces admissions était de 2,9 %. Dans les deux études, les dossiers des patients hospitalisés ont été examinés. Les auteurs de l'article ont examiné les méthodes employées pour les deux études et ont réanalysé les données de la QAHCS en ayant recours aux méthodes de l'UTCOS. Ils ont découvert cinq importantes différences méthodologiques : (i) les infirmières-examinatrices de la QAHCS ont envoyé des dossiers qui documentaient un lien avec une admission antérieure, tandis que la UTCOS a imposé des contraintes de temps liées à l'âge; (ii) la QAHCS a utilisé un seuil de confiance plus bas pour définir le lien de causalité médical; (iii) la QAHCS a fait appel à deux médecins-examinateurs, alors que l'UTCOS n'a fait appel qu'à un seul; (iv) la QAHCS a compté tous les événements indésirables associés à une admission du premier cas, alors que l'UTCOS n'a compté que ceux qui déterminaient l'incidence annuelle; (v) la QAHCS a inclus certains types d'événements non inclus dans l'UTCOS. Lorsque les données de la QAHCS ont été analysées à l'aide des méthodes de l'UTCOS, les taux comparatifs sont passés à 10,6 % et 3,2 %, respectivement. CONCLUSIONS : cinq différences méthodologiques viennent expliquer certains écarts entre les deux études. Quant à la différence qui subsiste encore entre ces taux (différence de 3 pour 1), les auteurs proposent deux explications : les soins étaient de moins bonne qualité en Australie, et le contenu des dossiers médicaux ou le comportement de l'examinateur était différent.

Runciman, W. B., R. K. Webb et coll. (2000). « A comparison of iatrogenic injury studies in Australia and the USA. II: Reviewer behaviour and quality of care ». *International Journal for Quality in Health Care* **12**(5): 379-88.

Cette étude accompagne celle de Thomas et a pour objet d'expliquer la différence de 3 pour 1 qui demeure entre les taux d'événements indésirables de la Quality in Australia Health Care Study (QAHCS) et ceux de l'Utah-Colorado

Study (UTCOS) une fois qu'on a tenu compte des différences méthodologiques. En utilisant un système de classification élaboré antérieurement, les chercheurs ont classé tous les événements indésirables en 98 catégories descriptives uniques, puis ont comparé les taux relatifs entre les études. Ils ont également comparé la sévérité des événements indésirables et la fréquence des décès. Pour 38 catégories, représentant 67 % des événements indésirables de l'UTCOS et 28 % de ceux de la QAHCS, les chercheurs n'ont relevé aucune différence statistiquement significative. Pour l33 autres catégories, représentant 31 % et 69 % respectivement des événements indésirables, ceux-ci étaient sept fois plus nombreux dans la QAHCS que dans l'UTCOS. Les taux d'invalidité importante et de mortalité étaient très similaires (1,7 % et 0,3 % des admissions pour les deux études); en revanche, le taux d'invalidité légère était six fois plus élevé dans la QAHCS (8,4 % par rapport à 1,3 %). Les chercheurs ont observé un noyau similaire de 2 % d'événements indésirables sérieux dans les deux études. Par contre, en ce qui concerne les autres catégories, six à sept fois plus d'événements indésirables ont été déclarés dans la QAHCS que dans l'UTCOS. Les chercheurs ont supposé que cet écart était dû à des seuils d'admissions et de congés différents ainsi qu'à une plus grande proportion de sous-déclaration de certains types de problèmes en tant qu'événements indésirables par l'examinateur de l'UTCOS que par ceux de la QAHCS. Les biais relevés étaient systématiques et en rapport avec les objectifs très différents des deux études. Aucune différence marquée n'a été cernée par ces analyses ou par une analyse documentaire.

Hofer, T.P. et E.A. Kerr (2000). « What is an error? ». *Effective Clinical Practice* 3(6): 261-269.

Les auteurs ont examiné les différentes définitions de l'« erreur » qui se retrouvent dans la littérature médicale. Ils font observer que l'erreur est parfois définie comme l'échec d'une méthode de soins sans aucun lien avec un préjudice subséquent. Seules quelques études ont vraiment mesuré les erreurs, sans décrire pour autant la fiabilité de la mesure. Aucune étude n'a examiné directement les relations entre les erreurs et les événements indésirables. Selon les auteurs, la littérature médicale aussi bien que la littérature non médicale n'ont pas démontré l'utilité de chercher les erreurs systémiques latentes à l'aide d'études de cas ou d'analyses des causes profondes. Une meilleure recherche épidémiologique permettrait d'orienter les efforts visant à réduire les erreurs.

Autres études sur l'incidence

Kohn, L. T., J. M. Corrigan et coll., Eds. (1999). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC, National Academy Press. Chapter 2, Errors in Health Care: A Leading Cause of Death and Injury.

Le chapitre 2 présente un bon survol des diverses études épidémiologiques axées sur les erreurs dans le contexte de l'évaluation de leurs répercussions sur les soins de santé aux États-Unis.

Donchin, Y., D. Gopher et coll. (1995). « A look into the nature and causes of human errors in the intensive care unit ». *Critical Care Medicine* **23**(2): 294-300.

Cette étude porte sur la nature et les causes des erreurs humaines dans une unité de soins intensifs au sein d'un hôpital universitaire. Deux types de données ont été rassemblées : les erreurs signalées par les médecins et les infirmières immédiatement après leur découverte; les profils d'activité basés sur des notes prises 24 heures sur 24 sur un échantillon de patients par des observateurs possédant une expérience en ergonomie. Pendant la collecte de données, qui a duré quatre mois, le personnel médical a recensé un total de 554 erreurs humaines. Les chercheurs ont accordé une cote aux erreurs selon leur gravité et les ont classées selon les différentes partie du corps et le type d'activité médicale. En moyenne, on a enregistré 178 activités par patient par jour et on a estimé à 1,7 le nombre d'erreurs par patient par jour. Pour l'ensemble de l'unité de soins intensifs, une erreur grave ou potentiellement préjudiciable survenait en moyenne deux fois par jour. Les médecins commettaient autant d'erreurs que les infirmières, bien que pour ces dernières, le nombre quotidien d'activités dépassait de beaucoup celui des médecins. Les auteurs concluent qu'un nombre considérable d'erreurs humaines dangereuses se produisent dans l'unité de soins intensifs. Or, bon nombre de ces erreurs seraient attribuables aux problèmes de communication entre les médecins et les infirmières.

Orser, B. A., R. J. Chen et coll. (2001). « Medication errors in anesthetic practice: a survey of 687 practitioners ». *Journal canadien d'anesthésie* **48**(2): 139-46.

Cette étude avait pour objet de déterminer si les anesthésistes avaient commis des erreurs de médicaments et, si tel était le cas, de mettre en lumière les facteurs qui avaient causé ces erreurs. Une enquête postale a été menée auprès des membres de la Société canadienne des anesthésistes (n = 2 266). Les répondants ont décrit les erreurs de médicaments au moyen d'un texte narratif et ont répondu à des questions fermées. Les questionnaires auxquels ont répondu 687 anesthésistes (taux de réponse de 30 %) ont révélé que 85 %

des participants avaient commis au moins une erreur de médication ou avait évité un incident. Bien que la majorité des erreurs (1 038) n'aient eu que des conséquences bénignes (98 %), quatre décès ont été recensés. L'erreur la plus courante était l'administration de relaxants musculaires au lieu d'antagonistes. Les « mélanges de seringue « (70,4 %) et une mauvaise identification de l'étiquette (46,8 %) sont des facteurs qui ont contribué à ces erreurs. Les anesthésistes (97,9 %) ont déclaré lire l'étiquette de l'ampoule « la plupart du temps », mais se fier souvent sur la couleur de l'étiquette. Environ la moitié des participants déclareraient l'erreur s'il existait un programme de déclaration et 84 % étaient d'avis qu'une amélioration des normes d'étiquetage réduirait l'incidence des erreurs.

Wanzel, K. R., C. G. Jamieson et coll. (2000). « Complications on a general surgery service: incidence and reporting ». *Journal canadien de chirurgie* **43**(2): 113-7.

Cette étude canadienne portait sur l'incidence et la nature des complications dans un service de chirurgie générale et comparait ces résultats avec des méthodes institutionnelles pré-existantes de consignation et de présentation de rapports. Un observateur a surveillé prospectivement la présence et la documentation de complications dans le cas de 192 patients hospitalisés ayant subi une chirurgie générale, c'est-à-dire tous les patients admis au service de chirurgie générale du Wellesley Central Hospital au cours d'une période de deux mois. L'observateur a examiné tous les jours les dossiers des patients; il a pris part aux tournées des médecins et à assisté aux opérations; il s'est rendu souvent au chevet des malades et a interviewé les membres de l'équipe de soins. Soixante-quinze (39 %) des 192 patients ont souffert de 144 complications au total. Deux complications (1 %) ont eu une issue fatale, 10 (7 %) mettaient en danger la vie du malade, 90 (63 %) étaient d'une gravité moyenne et 42 (29 %) étaient sans conséquence. Sur les 144 complications, 26 (18 %) pouvaient être attribuées à une erreur. Cent douze (78 %) complications sont survenues pendant ou après une intervention chirurgicale et y étaient directement ou indirectement liées. Neuf (6%) complications seulement n'ont pas été documentées dans les notes d'évolution des dossiers des patients. Toutefois, 115 (80 %) n'ont pas été présentées lors des ... hebdomadaires sur la morbidité et la mortalité, et 95 (66 %) n'étaient pas documentées dans le résumé du dossier médical final du patient. Les auteurs concluent que les complications sont courantes et sont sous-déclarées. Il faut donc élaborer des stratégies en vue d'améliorer la consignation et la déclaration des complications.

Weingart, S.N., A.N. Ship et M.D. Aronson. (2000). « Confidential clinician-reported surveillance of adverse events among medical inpatients ». *Journal of General Internal Medicine* 15: 470-477.

Les auteurs ont interviewé les médecins d'établissement dans une unité médicale d'un hôpital universitaire durant les tournées de la matinée et par le biais du courrier électronique. Ils les ont questionnés sur les événements indésirables survenus et leur ont demandé d'indiquer les facteurs qui avaient contribué aux lésions iatrogènes. Ils ont recensé cent dix événements qui ont affecté 84 patients. Les événements indésirables les plus courants étaient les suivants : les évaluations inadéquates des patients; l'absence de surveillance ou de suivi; le fait pour les laboratoires de ne pas faire de test. Parmi les patients admis, 2,6 % ont été victimes d'événements indésirables. Le système de déclaration des incidents de l'hôpital n'a permis de déceler qu'un seul événement déclaré par un médecin d'établissement.

Études sur les erreurs de médicaments

Bates, D. W. (1999). « Frequency, consequences and prevention of adverse drug events ». *Journal of Quality in Clinical Practice* 19(1): 13-7.

Les lésions iatrogènes sont importantes, car elles sont fréquentes, alors que dans bien des cas elles pourraient être évitées; celles que l'on rencontre le plus souvent sont les lésions causées par des médicaments. Si les erreurs de médicaments sont chose courante, la plupart présentent peu de risque de causer des préjudices. Néanmoins, certaines erreurs, telles le fait d'administrer à un patient un médicament auquel il est allergique, risquent plus que d'autres de causer une lésion. La théorie de l'erreur permet de mieux comprendre les changements à apporter afin de réduire le taux de lésions attribuables aux erreurs de médicaments. Les données de l'étude sur la prévention des événements iatrogènes médicamenteux (EIM) laissent entrevoir que la plupart des erreurs graves se produisent aux stades de la prescription et de la distribution des médicaments, tandis que d'autres erreurs, dans une moindre proportion, se produisent au stade de l'administration. Ces données permettent de croire que l'entrée des prescriptions des médecins dans un système informatisé, c'est-à-dire la rédaction en ligne par les médecins des ordonnances et de la justification des décisions, y compris les renseignements propres au patient et les avertissements concernant des problèmes potentiels, peut permettre de réduire considérablement le nombre d'erreurs graves de médication.

Bates, D. W., L. L. Leape et coll. (1993). « Incidence and Preventability of Adverse drug events in Hospitalized Adults ». *Journal of General Internal Medicine* **8**(6): 289-294.

Dans cette étude, les chercheurs avaient pour tâche d'évaluer l'incidence et la possibilité de prévention des événements iatrogènes médicamenteux (EIM) et de déterminer les résultats de plusieurs stratégies visant à les détecter. Ils ont axé leur recherche sur tous les patients de sept unités, dont deux unités médicales, deux unités chirurgicales et deux unités de soins obstétriques généraux ainsi qu'une unité de soins intensifs coronariens dans un hôpital de soins tertiaires en milieu urbain. Pour déceler les EIM, ils ont procédé de trois façons : 1) des registres ont été placés dans chacune des unités et pharmacie satellite afin que les infirmières et les pharmaciens consignent les incidents; 2) une infirmière préposée à la recherche a demandé à chaque unité de lui fournir les rapports d'incident deux fois par jour et 3) l'infirmière a examiné tous les dossiers au moins une fois par jour. Les chercheurs ont relevé un taux d'incidents liés aux médicaments de 73 pour 2 967 jours-patient; 27 incidents ont été considérés comme des EIM, 34 comme des EIM potentiels et 12 comme des ordonnances posant des problèmes. Cinquante médicaments différents étaient en cause. Les médecins étaient les principaux responsables de 72 % des incidents, la responsabilité des incidents restants étant divisée également entre les infirmières, les pharmaciens et le personnel de bureau. Sur les 27 EIM, cinq menaçaient la vie du patient, neuf étaient sérieux et 13 étaient importants. Selon les conclusions des chercheurs, 15 EIM (56 %) sur 27 auraient dû ou auraient pu être évités. Par ailleurs, ils ont décelé autant d'incidents au moyen du registre qu'au moyen de l'examen des dossiers. Les auteurs concluent que les EIM ne sont pas rares, qu'ils sont souvent évitables et qu'ils ont habituellement pour origine les décisions des médecins. Dans cette étude, les rapports demandés auprès des infirmières et des pharmaciens ont permis de déceler moins d'EIM que les dossiers étudiés; en revanche, ils ont été utiles pour ce qui est de déceler les EIM potentiels. Les stratégies de prévention optimales devraient porter sur de nombreux types de médicaments et viser les pratiques de prescription des médecins.

Classen, D. C. et S. L. Pestotnik (1997). « Adverse drug events in hospitalized patients: Excess length of stay, extra costs and attributable mortality ». *JAMA* **4**(301-306).

Cette étude avait pour objet de déterminer, à l'aide d'une étude cas-témoin assortis, les trop longs séjours, les coûts supplémentaires et la mortalité attribuables à des événements iatrogènes médicamenteux (EIM) chez les patients hospitalisés. Les auteurs ont assorti à des témoins les patients du LDS Hospital, un établissement de soins tertiaires à Salt Lake City (UT), qui avaient été victimes d'un EIM. Ils ont découvert que, durant la période de l'étude, 2,43

patients pour 100 patients admis avaient été victimes d'un EIM. Les taux bruts de mortalité pour les cas et les témoins étaient de 3,5 % et de 1,05 %, respectivement (P<0,001). La durée moyenne du séjour hospitalier différaient grandement entre les cas et les témoins assortis (7,69 contre 4,46 jours; P<0,001), tout comme le coût d'hospitalisation (10 010 $ contre 5 355 $; P<0,01). La durée supplémentaire du séjour hospitalier attribuable à un EIM était de 1,74 jours (P<0,001). Le coût excédentaire d'hospitalisation attribuable à un EIM était de 2 013 $ (P<0,001). Une analyse de régression linéaire de la durée du séjour et tenant compte de toutes les variables assorties a révélé que la survenue d'un EIM était associée à un prolongement du séjour hospitalier de 1,91 jours et à une augmentation du coût de 2 262 $ (P<0,001). Par ailleurs, une analyse de régression logistique similaire de la mortalité a révélé que le risque de décès chez les patients victimes d'un EIM augmentait dans une proportion de 1,88 (intervalle de confiance de 95 %, 1,54-2,22; P<0,001). Les auteurs concluent que les durées de séjour et les coûts d'hospitalisation attribuables aux EIM sont considérables.

Just Ebbesen, Ingebjørg Buajordet et coll. (2001). « Drug-Related Deaths in a Department of Internal Medicine ». *Archives of Internal Medicine* **161**: 2317-2323.

Cette étude traite de l'incidence des EIM mortels dans un grand service médical et détermine les caractéristiques possibles d'un patient qui sont un signe de risque d'EIM mortel. Les auteurs se sont servi de dossiers cliniques, de résultats d'autopsie et de résultats d'analyses de médicaments pré-mortem et post-mortem afin d'étudier les 732 patients qui sont décédés sur une période de 2 ans pendant qu'ils étaient soignés dans le service de médecine interne de l'hôpital central d'Akershus, à Nordbyhagen, en Norvège. Ces patients représentaient 5,2 % des 13 992 patients admis dans le service. Les chercheurs ont constaté que 18,2 % des décès (133/732) (intervalle de confiance de 95 %, 15,4 %-21,0 %) ont été classés comme directement (64 [48,1 %] pour 133) ou indirectement (69 [51,9 %] pour 133) associés à un ou plusieurs médicaments (ce qui équivaut à 9,5 décès pour 1 000 patients hospitalisés). Les patients victimes d'un EIM mortel (cas) étaient plus âgés, présentaient davantage de maladies et utilisaient davantage de médicaments que ceux qui n'ont pas été victimes d'un EIM mortel (non-cas). Pour 75 des 133 patients victimes d'un EIM mortel, ce sont les résultats de l'autopsie et/ou de l'analyse des médicaments qui ont permis de reconnaître un EIM; pour 62 des 595 patients restants, il a fallu obtenir des données similaires afin d'exclure la possibilité d'un EIM mortel. Les principaux médicaments en cause étaient les agents cardiovasculaires, antithrombotiques et sympathomimétiques. Selon la conclusion des chercheurs, les EIM mortels représentent un problème hospitalier de premier plan, tout particulièrement dans le cas des patients âgés présentant des maladies multiples. Les résultats des autopsies et des analyses

pré-mortem et post-mortem de médicaments ont joué un rôle déterminant en ce qui concerne la reconnaissance et l'exclusion des EIM mortels soupçonnés.

Cohen, M. R., Ed. (1999). *Medication Errors*. Washington, DC, American Pharmaceutical Association.

Excellent choix d'articles rédigés par des experts en la matière, entre autres Lucian Leape, Michael Cohen et John Senders. Les articles portent sur les sujets suivants : rapports de recherche sur l'incidence des erreurs de médicaments; utilisation d'outils tels que l'analyse des modes de défaillance et de leurs effets (AMDE); prévention des erreurs de distribution et d'administration de médicaments; rôle des marques de produits pharmaceutiques et de l'emballage et de l'étiquetage des médicaments; moyens particuliers de faire face aux erreurs de médicaments dans les domaine de la chimiothérapie, de la pédiatrie et de l'immunologie.

Lesar, T. S., L. Briceland et coll. (1997). « Factors related to errors in medication prescribing ». *JAMA* **277**(4): 312-7.

Dans cette étude, les chercheurs ont essayé de quantifier le type et la fréquence des facteurs identifiables associés aux erreurs de prescription de médicaments. Ils ont effectué une évaluation systématique d'une erreur de prescription décelée et évitée par les pharmaciens sur trois dans un hôpital universitaire de soins tertiaires comptant 631 lits, entre le 1er juillet et le 30 juin 1995. On a évalué chaque erreur en parallèle afin de déterminer le risque de conséquences indésirables pour le patient. Chaque erreur a été évaluée rétrospectivement par un médecin et deux pharmaciens, et un facteur vraisemblablement lié à l'erreur a été déterminé. Les chercheurs ont trouvé 2 103 erreurs pouvant avoir une importance clinique durant la période d'étude d'un an. Le taux global d'erreurs était de 3,99 erreurs pour 1 000 ordonnances, et il variait selon les catégories de médicaments et les services de prescription. En tout, 696 erreurs ont satisfait aux critères de l'étude (c.-à-d. des erreurs pouvant avoir des effets indésirables chez les patients) et ont fait l'objet d'une évaluation visant à déterminer un facteur qui aurait pu les causer. Les facteurs spécifiques les plus courants associés aux erreurs étaient les suivants : déclin de la fonction rénale ou hépatique exigeant une modification de la pharmacothérapie (97 errors, 13,9 %); antécédents d'allergie à la même catégorie de médicaments chez le patient (84 erreurs, 12,1 %); utilisation du mauvais nom, de la mauvaise forme pharmaceutique ou de la mauvaise abréviation (au total : 79 erreurs (11,4 %) tant pour les marques nominatives que pour les médicaments génériques; posologie incorrecte (77 erreurs, 11,1 %) et schéma posologique atypique ou inhabituel (75 erreurs, 10,8 %). Les groupes de facteurs les plus courants associés aux erreurs étaient ceux qui étaient liés aux connaissances et à l'application des connaissances concernant

la pharmacothérapie (209 erreurs, 30 %), aux connaissances et à l'utilisation des connaissances concernant les facteurs liés au patient qui influent sur la pharmacothérapie (203 erreurs, 29,2 %), à l'utilisation de calculs, de points décimaux ou de facteurs d'expression de l'unité ou du taux (122 erreurs, 17,5 %) et à la nomenclature(nom de médicament, forme pharmaceutique ou abréviation incorrect) (93 erreurs, 13,4 %). Les auteurs concluent que plusieurs facteurs facilement identifiables sont associés à une grande proportion d'erreurs de prescription. On devrait pouvoir réduire le risque d'événements iatrogènes médicamenteux pour les patients en ciblant mieux l'éducation et la formation au niveau de l'organisation, de la technologie et de la gestion des risques en fonction des facteurs couramment associés aux erreurs de prescription.

☒ Lazarou, J., B. H. Pomeranz et coll. (1998). « Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients: a meta-analysis of prospective studies ». *JAMA* **279**(15): 1200-5.

Cet article fait état des résultats d'une méta-analyse d'études sur l'incidence des événements iatrogènes médicamenteux (EIM) graves et mortels chez les patients hospitalisés, réalisée à l'aide de quatre bases de données électroniques. Les chercheurs ont analysé les données de 39 études prospectives sur les hôpitaux des États-Unis. Pour obtenir l'incidence globale des EIM chez les patients hospitalisés, on a combiné l'incidence des EIM chez les malades déjà hospitalisés à l'incidence des EIM qui causent une admission à l'hôpital. On a exclu les erreurs d'administration de médicaments, la non-observance, la surdose, la pharmacodépendance, les échecs thérapeutiques et les EIM possibles. Les EIM graves ont été définis comme ceux qui nécessitaient une hospitalisation ou qui entraînaient une invalidité permanente ou le décès du patient. D'après cette analyse, l'incidence globale des EIM graves a été établie à 6,7 % (intervalle de confiance (IC) de 95 %, 5,2 %-8,2 %) des patients hospitalisés et celle des EIM mortels, à 0,32 % (IC 95 %, 0,23 %-0,41 %). Les auteurs estiment qu'en 1994, dans l'ensemble, 2 216 000 (1 721 000-2 711 000) patients hospitalisés avaient été victimes d'EIM graves et 106 000 (76 000-137 000) patients avaient été victimes d'EIM mortels. On pouvait donc situer ces événements entre la quatrième et la sixième cause principale de mortalité. Les auteurs faisaient cependant une mise en garde : leur analyse devait être considérée avec circonspection en raison de l'hétérogénéité des études et des légers biais dans les échantillons. Néanmoins, ces données laissent entrevoir que les EIM constituent un important problème clinique.

3.1.3 Détection et prévention des erreurs dans les organismes de soins de santé

Déclaration des incidents

Battles, J. B., H. S. Kaplan et coll. (1998). « The attributes of medical event-reporting systems: experience with a prototype medical event-reporting system for transfusion medicine ». *Archives of Pathology & Laboratory Medicine* **122**(3): 231-8.

Les auteurs traitent de l'élaboration d'un modèle de système de déclaration des événements médicaux. Un tel système peut aider à cerner les points faibles des systèmes d'exploitation. Un groupe interdisciplinaire d'experts en sécurité aérienne, en énergie nucléaire, en psychologie cognitive, en intelligence artificielle et en éducation, ainsi que des représentants des principaux organismes de médecine transfusionnelle ont participé au processus d'élaboration. Un modèle fonctionnel de système de déclaration des événements a été recommandé et mis en œuvre. Le système comprend sept éléments : détection, choix, description, classification, calculs, interprétation et évaluation locale. Les caractéristiques propres à ce système incluent la déclaration sans égard à la responsabilité par la personne qui découvre l'événement. Celle-ci soumet un rapport qui fait l'objet d'une enquête menée par le personnel local de l'assurance de la qualité et qui est envoyé à un système central non réglementaire à des fins de calcul et d'interprétation.

Cullen, D. J., D. W. Bates et coll. (1995). « The Incident Reporting System Does Not Detect Adverse drug events - a Problem for Quality Improvement ». *Joint Commission Journal on Quality Improvement* **21**(10): 541-548.

Les auteurs comparent les nombres et les types d'événements iatrogènes médicamenteux relevés par l'infirmière et le médecin examinateurs aux rapports d'incidents hospitaliers. Ils ont étudié, entre février et juillet 1993, tous les patients admis dans cinq unités de soins (une unité de soins intensifs médicaux, deux unités de soins intensifs chirurgicaux et deux unités de soins médicaux généraux) d'un hôpital universitaire de soins tertiaires. Ils ont utilisé, comme principales mesures des résultats, les événements iatrogènes médicamenteux (EIM) et les rapports d'incident (RI). Au moyen d'un vote par consensus, des cadres supérieurs de l'hôpital, des directeurs de services infirmiers et des infirmières de soins généraux ont été appelés à déterminer dans chaque cas si un événement iatrogène médicamenteux aurait dû être déclaré ou aurait été déclaré. En ce qui concerne les 54 événements iatrogènes médicamenteux recensés dans le cadre de l'étude, les chercheurs ont constaté que 3 patients (6 %) seulement avaient signalé l'événement, qui faisait l'objet d'un rapport d'incident soumis au programme d'assurance de la

qualité de l'hôpital, ou avaient appelé au numéro d'urgence de la pharmacie. Un autre EIM a été relevé au moyen d'un RI, mais non pas dans le cadre de l'étude sur les EIM. Sur les 55 EIM, 15 étaient évitables et 26 étaient graves ou présentaient une menace pour la vie du malade; pourtant, deux EIM seulement sur les 26 ont donné lieu à un rapport d'incident. Les trois groupes qui ont voté étaient d'accord sur le fait que la plupart des EIM auraient justifié un RI, mais ont jugé que dans la pratique, il arrivait rarement qu'un RI soit déposé. Les auteurs concluent que la déclaration volontaire n'a permis de recenser qu'une faible proportion d'EIM. L'utilisation de RI à des fins d'assurance de la qualité ou d'amélioration de la qualité entraînerait un biais significatif dans le contexte de l'évaluation de la qualité des soins.

Karson, A. S. et D. W. Bates (1999). « Screening for adverse events ». *Journal of Evaluation in Clinical Practice* **5**(1): 23-32.

Selon les auteurs, les événements indésirables (EI) chez les patients sont courants, coûteux et souvent évitables. L'élaboration de programmes d'amélioration de la qualité visant à réduire le nombre et l'impact des EI exige des méthodes efficaces de dépistage systématique. Dans cet article, les auteurs décrivent l'impact, les types et les causes potentielles des EI et examinent diverses techniques permettant de les déceler. Ils évaluent de façon détaillée l'emploi de critères généraux de dépistage et décrivent une étude récente de la sensibilité et de la spécificité de chacun des critères généraux de dépistage et les combinaisons de ces critères. En général, les critères les plus sensibles étaient les moins spécifiques, et aucun petit sous-groupe de critères n'a permis de déceler un grand pourcentage d'événements indésirables. Les combinaisons de critères de dépistage qui étaient limitées aux données administratives étaient les moins coûteuses, mais aucune ne s'est révélée particulièrement sensible, bien que, dans la pratique, elles puissent être efficaces puisqu'il est rare qu'on procède à un dépistage systématique. Au fur et à mesure que les systèmes informatiques se perfectionneront, la sensibilité du dépistage augmentera. Les auteurs traitent également d'études récentes qui laissent entrevoir que les programmes de dépistage des EI peuvent contribuer à faire chuter les taux d'EI. D'après leurs conclusions, si les outils servant à déceler les EI comportent des points forts et des points faibles, ils peuvent néanmoins jouer un rôle important dans l'avancement des dossiers d'amélioration de la qualité des organismes.

Andrews, L., C. Stocking et coll. (1997). « An alternative strategy for studying adverse events in medical care » *Lancet* **349**(9048): 309-313.

Les auteurs font état des résultats d'une évaluation des événements indésirables survenus chez les patients admis dans trois unités d'un grand hôpital universitaire urbain, évaluation effectuée à l'aide d'une étude

d'observation prospective. Des ethnographes ayant reçu une formation en recherche d'observation qualitative ont pris part aux tournées régulières, en semaine, des équipes de jour de médecins traitants, aux tournées des résidents, aux changements de postes des infirmières, aux réunions des équipes multidisciplinaires et à d'autres réunions régulières dans trois unités, ainsi qu'à diverses réunions de service. Ils ont consigné tous les événements indésirables survenus durant la prestation de soins aux patients et dont il a été question au cours de ces réunions, et ont élaboré un système de classification afin de coder les données recueillies. Les chercheurs ont rassemblé des données sur les propres évaluations du personnel soignant quant au caractère approprié des soins fournis aux patients dans le but d'évaluer la nature et les répercussions des événements indésirables et la façon dont les soignants et les patients ont réagi aux événements indésirables. Sur les 1 047 patients ayant fait l'objet de l'étude, 185 (17,7 %) ont été victimes d'au moins un événement indésirable grave; le fait d'être victime d'un événement initial a été lié à la gravité de l'affection sous-jacente du patient. Les patients qui avaient été hospitalisés pendant une longue période étaient victimes d'un plus grand nombre d'événements indésirables que ceux qui avaient été hospitalisés pendant une courte période. La probabilité d'être victime d'un événement indésirable augmentaient d'environ 6 % par jour d'hospitalisation. Selon les observations, 37,8 % des événements indésirables étaient causés par une personne, 15,6 % étaient attribuables à une interaction et 8 à 9 % étaient imputables à des décisions administratives. Bien que 17,7 % des patients aient été victimes d'événements graves ayant entraîné un prolongement de leur période d'hospitalisation et une augmentation des coûts qu'ils ont dû assumer, 1 à 2 % (13) seulement des 1 047 patients ont présenté des demandes d'indemnisation. D'après cette étude, les auteurs laissent entendre que les propres discussions du personnel soignant sur les événements indésirables peuvent se révéler une bonne source de données pour la prévention proactive des erreurs.

Systèmes d'agrément

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations [JCAHO]. 2001. *Revisions to Joint Commission Standards in Support of Patient Safety and Medical/Health Care Error Reduction*. Oakbrook Terrace, IL: JCAHO. www.jcaho.org/standard/fr_ptsafety.html

Ce document renferme les normes relatives à la sécurité des patients adoptées par les JCAHO pour les hôpitaux des États-Unis. Ces normes sont axées sur les initiatives de leadership visant à mettre en œuvre des programmes touchant la sécurité des patients, à déceler et gérer les événements sentinelles, à créer une stratégie proactive pour le recensement des risques et la réduction des

erreurs et à mettre au point un mécanisme d'amélioration de la performance propice à la réduction des erreurs.

Systèmes de déclaration des incidents évités

Barach, P. et S. D. Small (2000). « Reporting and preventing medical mishaps: lessons from non-medical near miss reporting systems ». *BMJ* **320**(7237): 759-63.

En se fondant sur un dépouillement de la littérature spécialisée et sur des interviews avec des directeurs de systèmes de déclaration et des experts en la matière, les auteurs ont recensé 25 systèmes de déclaration des incidents non médicaux. Ces systèmes permettaient de consigner différents types de données et présentaient des variations sur le plan de la définition et du dénombrement des événements indésirables. Douze systèmes ont été comparés en fonction des types de renseignements recherchés et des méthodes de déclaration. Dix de ces systèmes étaient confidentiels et deux étaient anonymes. Les auteurs ont relevé plusieurs obstacles juridiques, culturels, réglementaires et financiers à la déclaration des événements indésirables et ont mis en évidence leurs répercussions sur les individus, les organismes et l'ensemble de la société. Ils concluent que six facteurs sont importants lorsqu'il s'agit de déterminer la qualité des rapports sur les incidents et l'efficacité des systèmes de déclaration des incidents : l'immunité (dans la mesure du possible); la confidentialité ou la dépersonnalisation des données (faire en sorte que les données ne puissent être rattachées à des soignants, des patients, des établissements, une date, etc.); le recours à des experts indépendants pour la collecte et l'analyse des rapports; un feed-back rapide et utile aux auteurs des déclarations et à toutes les parties intéressées; la facilité de la déclaration et le soutien durable du leadership.

3.1.4 Stratégies visant à réduire les erreurs

Formation et dotation

Beney, J., L. A. Bero et coll. (2000). « Expanding the roles of outpatient pharmacists: effects on health services utilisation, costs, and patient outcomes ». *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3): CD000336.

Les auteurs examinent l'information contenue dans les documents de recherche des services de santé, qui traitent des effets de l'élargissement du rôle des pharmaciens auprès des patients externes sur l'utilisation des services

de santé, les coûts et les résultats pour les patients. En particulier, ils se sont penchés sur 25 études englobant plus de 40 pharmaciens et 16 000 patients. Ces études indiquent que le recours aux pharmaciens pourrait faire baisser le taux d'admissions dans les hôpitaux et les salles d'urgence et le recours aux autres professionnels. Dix des 13 études ayant mesuré les résultats pour les patients mettent en lumière une amélioration de l'état de santé des patients, sans révéler cependant de changement au niveau de leur qualité de vie. Toutefois, les auteurs expriment des réserves quant à la possibilité de généraliser les études, aux interventions mal définies et à l'absence d'évaluation des coûts et de données sur les résultats pour les patients. Ils indiquent également qu'il faut mener des recherches plus rigoureuses afin de documenter les effets des interventions des pharmaciens auprès des patients externes.

Leape, L. L., D. J. Cullen, et coll. (1999). « Pharmacist participation on physician rounds and adverse drug events in the intensive care unit ». *JAMA* **282**(3): 267-270.

Les auteurs de cette étude ont mesuré l'effet de la participation du pharmacien aux tournées des médecins dans l'unité de soins intensifs sur le taux d'événements iatrogènes médicamenteux (EIM) évitables, qui sont attribuables à des erreurs de prescription. Soixante-quinze patients ont été choisis au hasard dans chacun des trois groupes suivants : tous les patients admis dans l'unité faisant l'objet de l'étude entre le 1er février 1993 et le 31 juillet 1993 (période de référence) et tous les patients admis dans cette unité (après une intervention) et dans une unité témoin entre le 1er octobre 1994 et le 7 juillet 1995. En outre, 50 patients ont été choisis au hasard dans l'unité témoin pendant la période de référence. Un pharmacien principal a pris part aux tournées de l'équipe de l'unité des soins intensifs et est demeuré dans cette unité toute la matinée pour les personnes qui souhaitaient le consulter; de plus, il était de garde toute la journée. Les EIM évitables ont été recensés au moyen d'un examen des dossiers médicaux des patients choisis au hasard avant et après une intervention. Les pharmaciens ont consigné toutes les recommandations, qui ont été ensuite analysées en fonction de leur type et de leur acceptation. Les chercheurs ont constaté que le taux d'EIM évitables associés à une erreur de prescription avaient baissé de 66 %, passant de 10,4 pour 1 000 jours-patient (intervalle de confiance [IC] de 95 %, 7-14) avant l'intervention à 3,5 (IC de 95 %, 1-5, P<0,.001) après l'intervention. Dans l'unité témoin, le taux était demeuré pratiquement inchangé au cours des mêmes périodes : 10, 9 (IC de 95 %l, 6-16) et 12,4 (IC de 95 %, 8-17) pour 1 000 jours-patient. Le pharmacien a fait 366 recommandations liées à la prescription de médicaments, dont 362 (99 %) ont été acceptées par les médecins. Les auteurs concluent que, lors des tournées, la présence d'un pharmacien en tant que membre à part entière de l'équipe du personnel soignant dans une unité de

soins intensifs était associée à une baisse importante du taux d'EIM causés par des erreurs de prescription.

Conception des systèmes et technologie

Cooper, J. B., R. S. Newbower et coll. (1978). « Preventable anesthesia mishaps: a study of human factors ». *Anesthesiology* **49**(6): 399-406.

Les auteurs présentent un compte rendu sur une approche systématique de l'élaboration de données utiles sur les erreurs dans le domaine de l'anesthésie. Ils ont utilisé une technique modifiée d'analyse des incidents critiques dans le cadre d'une étude rétrospective des caractéristiques de l'erreur humaine et de la défaillance du matériel pendant une anesthésie. L'objectif était de déceler les tendances dans les incidents fréquents qui justifient une étude prospective minutieuse. Les chercheurs ont mené 47 interviews auprès du personnel et des anesthésistes résidents dans un établissement universitaire urbain et ont obtenu les descriptions de 359 incidents évitables. Vingt-trois catégories de détails tirés de ces descriptions ont fait l'objet d'une analyse informatisée visant à cerner les tendances. La majorité des incidents évitables mettaient en cause l'erreur humaine (82 %). Les défaillances évidentes du matériel n'entraient en ligne de compte que dans 14 % du nombre total d'incidents évitables; en revanche, la conception du matériel était mise en cause dans de nombreuses catégories d'erreur humaine, au même titre qu'une expérience insuffisante ou une connaissance insuffisante du matériel ou de l'intervention chirurgicale pratiquée. Parmi les autres facteurs fréquemment associés aux incidents, mentionnons le manque de communication entre les membres du personnel, la hâte ou le manque de précaution et la distraction.

Leape, L. L., D. W. Bates et coll. (1995). « Systems-Analysis of Adverse drug events ». *JAMA* **274**(1): 35-43.

Les auteurs recensent et évaluent les défaillances des systèmes qui sont à l'origine d'erreurs causant des événements iatrogènes médicamenteux (EIM) et pouvant causer des EIM. Ils ont étudié toutes les admissions dans 11 unités médicales et chirurgicales de deux hôpitaux de soins tertiaires sur une période de 6 mois et ont porté leur attention sur les erreurs, les causes proximales et les défaillances des systèmes. Les erreurs ont été décelées au moyen d'interviews menées auprès des intéressés et ont été classées selon la cause proximale et les défaillances des systèmes sous-jacents par des équipes multidisciplinaires composées de médecins, d'infirmières, de pharmaciens et d'analystes de systèmes. Durant cette période, 334 erreurs ont été décelées en tant que causes de 264 EIM évitables et EIM potentiels. Seize défaillances majeures des systèmes ont été identifiées comme étant les causes

sous-jacentes des erreurs. La défaillance la plus courante a été observée au niveau de la diffusion de connaissances sur les médicaments, notamment aux médecins; elle venait expliquer 29 % des 334 erreurs. L'accès insuffisant à l'information sur les patients (par exemple dans le cas des résultats des tests de laboratoire) a été associé à 18 % des erreurs. Sept défaillances des systèmes ont été mises en cause dans 78 % des erreurs; toutes ces défaillances pourraient être évitées grâce à de meilleurs systèmes d'information. Les auteurs concluent que le personnel hospitalier est en mesure de relever les défaillances des systèmes sous-jacents. Par ailleurs, les changements à apporter aux systèmes en vue d'améliorer la diffusion et l'affichage des données sur les médicaments et les patients devraient permettre de réduire le risque d'erreurs liées à l'utilisation des médicaments.

Nolan, T. W. (2000). « System changes to improve patient safety ». *BMJ* **320**(18 March): 771-773.

Beaucoup d'erreurs sont attribuables aux caractéristiques de la connaissance humaine, et leur risque est prévisible. Les systèmes peuvent être conçus de façon à prévenir les erreurs, à les rendre décelables de manière à pouvoir les intercepter et à fournir les moyens d'y remédier si elles ne sont pas interceptées. Pour réduire le nombre d'erreurs et atténuer leurs effets néfastes, on peut adopter plusieurs tactiques : diminuer la complexité, optimiser le traitement de l'information, recourir à l'automatisation et aux contraintes et amortir les effets non voulus du changement.

« Proceedings of Re-engineering the Medication-use System: An Interdisciplinary Conference (2000) ». *American Journal of Health System Pharmacy* 57: 537-601.

Comptes rendus des résultats d'une conférence de trois jours qui avait pour objet de décrire et d'analyser les problèmes se rattachant aux systèmes d'utilisation des médicaments. Les participants ont cerné les principaux enjeux, ont proposé un système et des solutions techniques et ont suggéré des façons de mettre en œuvre et d'évaluer ces changements.

Systèmes informatisés d'utilisation des médicaments et d'aide à la décision

Evans, R. S., S. L. Pestotnik et coll. (1998). « A computer-assisted management program for antibiotics and other antiinfective agents ». *New England Journal of Medicine* **338**(4): 232-8.

Lorsqu'on veut prendre les meilleures décisions possibles quant à l'utilisation d'antibiotiques et d'autres agents anti-infectieux chez les patients en phase

critique, on doit avoir accès à une très grande quantité de renseignements complexes. Les auteurs ont élaboré un programme informatisé d'aide à la décision relié aux dossiers des patients, qui peut aider les médecins à utiliser des agents anti-infectieux et à améliorer la qualité des soins. Ce programme présente des données épidémiologiques, ainsi que des recommandations et des mises en garde détaillées. Il recommande des schémas posologiques et des pharmacothérapies pour des patients ayant des problèmes particuliers et fournit un feed-back immédiat. Les auteurs ont procédé à une étude prospective de l'utilisation du programme informatisé de gestion des agents anti-infectieux pendant un an dans une unité de soins intensifs comptant 12 lits. Durant la période d'intervention, les 545 patients admis ont été soignés avec l'aide de ce programme. Les mesures des processus et des résultats ont été comparées à celles des 1 136 patients admis dans la même unité au cours des deux ans qui ont précédé la période d'intervention. L'utilisation du programme a permis de réduire de façon significative le nombre de prescriptions de médicaments auxquels les patients avaient signalé être allergiques (35 contre 146 durant la période précédant l'intervention; P<0,01), les surdoses de médicaments (87 contre 405, P<0,01) et les incompatibilités antibiotiques-sensibilité (12 contre 206, P<0,01). Les chercheurs ont également constaté des réductions marquées du nombre moyen de jours où les patients prenaient des surdoses de médicaments (2,7 contre 5,9, P<0,002) et des événements indésirables causés par des agents anti-infectieux (4 contre 28, P<0,02). Dans les analyses portant sur les patients qui ont reçu des agents anti-infectieux, on a observé des réductions significatives chez ceux qui ont été traités pendant la période d'intervention et qui s'en sont toujours tenus aux schémas posologiques recommandés par le programme (n=203), comparativement à ceux qui n'ont pas toujours été traités selon les schémas posologiques recommandés (n= 195) et à ceux qui faisaient partie de la cohorte précédant l'intervention (n = 766). Pour les personnes traitées durant la période d'intervention, le coût des agents anti-infectieux étaient moins élevé (moyenne rajustée, 102 $ par rapport à 427 $ et 340 $, respectivement; P<0,001), tout comme le total des frais hospitaliers (moyenne rajustée, 26 315 $ par rapport à 44 865 $ et 35 283 $; P<0,001) et le nombre de jours d'hospitalisation (moyenne rajustée, 10,0 par rapports à 16,7 et 12,9; P<0,001). Les auteurs concluent qu'un programme informatisé de gestion des agents anti-infectieux peut améliorer la qualité des soins dispensés aux patients et réduire les coûts.

Bates, D. W., L. L. Leape et coll. (1998). « Effect of computerized physician order entry and a team intervention on prevention of serious medication errors ». *JAMA* **280**(15): 1311-1316.

Dans le cadre de cette étude, les chercheurs ont évalué l'efficacité de 2 interventions visant à prévenir les erreurs graves de médication non interceptées, c'est-à-dire celles qui ont entraîné ou qui aurait pu entraîner un

EIM et qui n'ont pas été interceptées à temps. Ils ont comparé tous les patients admis dans un échantillon aléatoire stratifié de 6 unités médicales et chirurgicales d'un hôpital de soins tertiaires au cours d'une période de 6 mois avec tous les patients admis dans les mêmes unités et dans 2 unités supplémentaires choisies au hasard au cours d'une période subséquente de 9 mois. Les interventions consistaient en un système informatisé d'entrée des ordonnances médicales (SEOM) pour toutes les unités et en un changement du rôle des pharmaciens (intervention d'équipe) dans la moitié des unités. La comparaison des unités identiques entre les phases 1 et 2 a révélé que les erreurs graves de médication non interceptées avaient baissé de 55 %, passant de 10,7 événements pour 1000 jours-patient à 4,86 événements pour 1 000 jours-patient (P=0,01). On a observé ce déclin à tous les stades du processus d'utilisation des médicaments. Le nombre d'EIM a diminué de 17 %, passant de 4,69 à 3,88 (P=0,37), alors que le nombre d'EIM potentiels non-interceptés a chuté de 84 %, passant de 5,99 à 0,98 pour 1 000 jours-patient (P=0,002). Lorsque les auteurs ont comparé le SEOM avec le SEOM combiné à l'intervention d'équipe, ils ont constaté que cette dernière ne conférait aucun avantage supplémentaire par rapport au SEOM. Ils ont conclu que le système informatisés d'entrée des ordonnances médicales permettait de réduire de plus de 50 % le taux d'erreurs graves de médication non interceptées, bien que cette réduction était plus importante pour les EIM potentiels que pour les erreurs qui ont effectivement entraîné un EIM.

Monane, M., D. M. Matthias et coll. (1998). « Improving prescribing patterns for the elderly through an online drug utilization review intervention: a system linking the physician, pharmacist, and computer ». *JAMA* **280**(14): 1249-52.

Vu que certains médicaments conviennent moins aux personnes âgées, les systèmes peuvent constituer un moyen efficace d'améliorer les services pharmaceutiques et, par le fait même, de réduire l'utilisation non appropriée de médicaments. Cette étude avait pour objet de déterminer si une base de données informatisée sur la révision de l'utilisation des médicaments (RUM) reliée à une intervention de télépharmacie pouvait améliorer l'usage sous-optimal des médicaments chez les personnes âgées. Pendant 12 mois, les chercheurs ont étudié 23 269 patients de 65 ans et plus, vivant dans les différentes régions des États-Unis, qui recevaient des prestations pharmaceutiques. Ils ont évalué le recours à un fournisseur-prescripteur par le biais d'une base de données informatisée de RUM, reposant sur des critères explicites qui permettaient de déceler les cas d'utilisation potentiellement non appropriée de médicaments chez les personnes âgées. Des alertes informatiques incitaient les pharmaciens ayant une formation en gériatrie à appeler un médecin afin de discuter des principes de la pharmacologie gériatrique et des possibilités de remplacer un traitement par un autre. Les chercheurs ont recensé au total 43 007 alertes. Sur les 43 007 appels de

télépharmacie déclenchés par les alertes, ils ont pu communiquer avec 19 368 médecins ayant traité 24 266 appels (56 %). Le taux de remplacement d'un médicament par un agent thérapeutique plus approprié était de 24 % (5 860), mais il variait de 40 % dans le cas des benzodiazépines ayant une longue demi-vie à entre 2 % et 7 % dans le cas des médicaments qui étaient théoriquement contre-indiqués pour les patients, compte tenu des antécédents qu'ils avaient signalés. À l'exception du taux de remplacement des bêta-bloquants chez les patients atteints d'un syndrome respiratoire obstructif chronique, tous les taux de remplacement étaient bien supérieurs au taux de référence prévu de 2 %. Les chercheurs concluent que le recours à un système intégrant des ordinateurs, des pharmaciens et des médecins permet d'améliorer les habitudes en matière de prescription et la qualité des soins et constitue un moyen de faire progresser la pharmacologie gériatrique clinique en mettant l'accent sur la population.

Teich, J. M., P. R. Merchia et coll. (2000). « Effects of computerized physician order entry on prescribing practices ». *Archives of Internal Medicine* **160**(18): 2741-7.

Cette étude évalue les répercussions d'un système informatisé d'entrée des ordonnances médicales pour les malades hospitalisés sur les pratiques de prescription. Une analyse chronologique a été réalisée dans un hôpital universitaire où toutes les ordonnances pour malades adultes sont entrées dans un système informatisé. Lorsque les médecins entrent leurs ordonnances, l'ordinateur affiche des lignes directrices sur l'utilisation des médicaments, offre des solutions de rechange pertinentes et suggère une posologie et une fréquence d'administration appropriées. Les chercheurs ont constaté qu'en ce qui concerne le choix du médicament, la consultation de lignes directrices informatisées avait donné lieu à un changement dans l'utilisation du médicament recommandé (nizatidine), qui était passée de 15,6 % de toutes les ordonnances d'inhibiteurs de l'histamine(2) à 81,3 % ($P<0,001$). L'introduction de menus pour le choix des doses a entraîné une baisse de 11 % de l'ET ($P<0,001$) dans les doses de médicaments. La proportion de doses qui dépassaient le maximum recommandé a baissé, passant de 2,1 % avant que les ordonnances ne soient entrées à 0,6 % par la suite ($P<0,001$). L'affichage de la fréquence d'administration recommandée pour le chlorhydrate d'ondansetron a entraîné une hausse de l'utilisation de la fréquence approuvée, qui est passée de 6 % de toutes les ordonnances d'ondansetron à 75 % ($P<0,001$). L'usage d'héparine sodique sous-cutanée pour prévenir la thrombose chez les patients alités est passé de 24 % à 47 % lorsque l'ordinateur a suggéré cette solution ($P<0,001$). Les analyses de suivi effectuée après 1 et deux ans ont révélé que ces changements persistaient. Selon la conclusion des chercheurs, le système informatisé d'entrée des ordonnances

médicales est un excellent moyen d'améliorer les pratiques de prescription des médecins.

Ingénierie de l'utilisabilité et de la fiabilité

Cook, R. I. et D. D. Woods (1996). « Adapting to new technology in the operating room ». *Human Factors* **38**(4): 593-613.

Les nouvelles technologies peuvent comporter des avantages aussi bien que des inconvénients pour la performance. Afin d'étudier les effets des nouvelles technologies sur la performance des praticiens compétents, les auteurs ont observé l'introduction d'un nouveau système, hautement intégré, de surveillance physiologique reposant sur un microprocesseur, destiné à être utilisé dans le domaine de l'anesthésie cardiaque. Le nouveau système informatique différait de ses prédécesseurs sur les plans du mode d'affichage, de l'interface humaine, du niveau d'intégration et de l'automatisation des fonctions. Les praticiens se sont heurtés à une série de problèmes lors de l'utilisation du nouveau système. Les caractéristiques du système dans le contexte particulier de la chirurgie cardiaque ont créé de nouvelles contraintes cognitives et physiques qui avaient tendance à s'accumuler en périodes de forte demande, un problème propre à une automatisation boiteuse. Les praticiens, en tant qu'individus et en tant que groupe, ont tenté de surmonter ces problèmes en adaptant le système et leur comportement (adaptation à la tâche) au fur et à mesure qu'ils apprenaient à mieux connaître l'interaction entre les caractéristiques du nouveau système et les caractéristiques de leur domaine de pratique.

Gosbee, J. et I. Lin (2000). « The Role of Human Factors Engineering in Medical Device and Medical Systems Errors ». *Clinical Risk Management: Enhancing Patient Safety*. C. Vincent. London, BMJ Books.

Les auteurs décrivent l'ergonomie et son application dans le domaine des instruments médicaux, des logiciels médicaux et de l'aménagement des aires de travail dans le milieu des soins de santé. Des systèmes mal conçus constituent des erreurs latentes. Ces défauts de conception comprennent une définition inadéquate des exigences fonctionnelles, une attention insuffisante à la conception de l'interface, une vérification inadéquate de l'utilisabilité et une formation insuffisante. Les auteurs présentent dans les grandes lignes plusieurs stratégies de prévention qui intègrent les principes de l'ergonomie aux méthodes de gestion des risques. Ces stratégies englobent l'évaluation des produits avant l'achat et la vérification continue des appareils et logiciels incommodes et associés à des risques. Dans le cadre des analyses des causes

profondes, l'expertise en matière d'ergonomie aide également à comprendre le lien entre les facteurs ergonomiques et les événements indésirables.

Cooper, J. B., R. S. Newbower et coll. (1984). « An analysis of major errors and equipment failures in anesthesia management: Considerations for prevention and detection ». *Anesthesiology* **60**(34-42).

Les auteurs ont utilisé des adaptations de la technique des incidents critiques pour rassembler des rapports sur les erreurs humaines et les défaillances de matériel liées à l'anesthésie. En tout, 139 anesthésistes, résidents et infirmières anesthésistes de quatre hôpitaux ont pris part à des interviews dirigées ou libres, et 48 d'entre eux ont fait fonction d'« observateurs qualifiés ». Au total, 1 089 descriptions d'« incidents critiques » évitables ont été recueillies, dont 70 étaient des erreurs ou des défaillances qui avaient contribué d'une certaine façon à un « important résultat négatif ». En se fondant sur ces incidents, les chercheurs ont élaboré dix stratégies potentielles de prévention et de détection des incidents. Parmi les incidents les plus fréquemment signalés, mentionnons les débranchements du circuit respiratoire, les mélanges de seringues de médicaments, les erreurs de contrôle du débit gazeux et une alimentation en gaz déficiente. Quatre pour cent seulement des incidents ayant entraîné un important résultat négatif mettaient en cause une défaillance du matériel, ce qui vient confirmer l'impression que l'erreur humaine est le principal facteur des incidents dans le domaine de l'anesthésie. Parmi les grandes catégories de stratégies clés de prévention des incidents, mentionnons une formation technique complémentaire, une meilleure supervision, une meilleure organisation, des améliorations ergonomiques au matériel et l'utilisation d'instruments de surveillance. Les données laissent aussi entrevoir que les patients en moins bonne santé sont plus nombreux à être affectés par les erreurs. Les auteurs suggèrent que, dans les futures études sur la mortalité et la morbidité liées à l'anesthésie, on classifie les événements fâcheux selon la stratégie de prévention plutôt que selon le résultat seulement, de manière à aider ceux qui souhaitent mettre à profit l'expérience des autres en vue de réduire les risques dans l'exercice de leur profession.

Bogner, M. S. (1999). « Designing medical devices to reduce the liklihood of error ». *Biomedical Instrumentation & Technology* **33**(108-113).

Bogner traite de l'importance de l'approche systémique qui permet de faire en sorte que les instruments soient conçus dans la perspective de l'utilisateur et de l'usage qu'il en fera. L'approche systémique peut aider a déterminer les facteurs dont il faut tenir compte dans la conception des instruments et peut contribuer à réduire les erreurs dans le domaine des soins de santé.

Brown, S. L., M. S. Bogner et coll. (1997). « Human error and patient-controlled analgesia pumps ». *Journal of Intravenous Nursing* **20**(6): 311-6.

Contrairement à l'attitude répandue voulant que l'erreur entraîne un blâme et une punition, cette dernière peut aussi être l'occasion de découvrir un problème et de mettre en place des mécanismes visant à le corriger et à éviter qu'il se répète. Souvent, l'erreur est imputable au système dans le cadre duquel elle s'est produite, et non pas à la personne qui l'a commise. Dans n'importe quel domaine, y compris dans celui des soins de santé, l'erreur est difficile à déceler et à réparer, car les gens hésitent à la signaler par crainte de s'incriminer. La science des facteurs humains traite de questions touchant la performance humaine, y compris les erreurs d'utilisation. L'analyse des erreurs humaines permet de mieux comprendre l'étiologie des erreurs d'utilisation et la façon de les réduire. Les pompes d'analgésie contrôlée par le patient (PCA) ont été mises au point afin de permettre au patient ou au soignant d'exercer un plus grand contrôle sur le soulagement de la douleur. Les pompes PCA peuvent être programmées de manière à administrer un analgésique de façon continue, intermittente ou en embol. Les auteurs décrivent certains incidents mettant en cause les pompes PCA qui étaient dus à une erreur d'utilisation et qui ont été déclarés à la Food and Drug Administration des États-Unis. Enfin, ils traitent des répercussions de ces constatations et de la possibilité de limiter les erreurs d'utilisation en appliquant les principes de la science des facteurs humains.

Gosbee, J. (1999). *Human Factors Engineering is the Basis for a Practical Error-in-Medicine Curriculum, First Workshop on Human Error in Clinical Systems.* http://www.dcs.gla.ac.uk/~johnson/papers/HECS_99/Gosbee.html

☒ Finley, G. A. et A. J. Cohen (1991). « Perceived urgency and the anaesthetist: responses to common operating room monitor alarms ». *Journal canadien d'anesthésie* **38**(8): 958-64.

Dans les salles d'opération, on utilise des moniteurs électroniques de plus en plus nombreux et de plus en plus variés. Nombre d'entre eux sont munis d'alarmes sonores, qui sont fortes, insistantes ou irritantes et qui, de ce fait, sont souvent inactivées par les anesthésistes. Les chercheurs ont planifié cette étude dans le but d'évaluer deux éléments de la conception d'une alarme sonore qui peuvent influer sur son utilité, à savoir : l'urgence apparente du signal sonore et sa corrélation avec l'urgence de la situation clinique correspondante. Ils ont aussi évalué la capacité des anesthésistes praticiens d'identifier le moniteur ou le facteur qui a déclenché l'alarme. Soixante-quatre anesthésistes qui ont participé à une conférence nationale ont évalué dix sons d'alarmes courants de salle d'opération afin d'en déterminer l'urgence apparente. Les résultats ont été comparés avec l'urgence de la situation clinique correspondante telle qu'elle a été déterminée par 12 anesthésistes

principaux. Des écarts ont été observés entre les urgences cliniques et les urgences apparentes de plusieurs alarmes de moniteurs, et il n'y avait pas de corrélation entre les deux mesures. On a également évalué la capacité des sujets d'identifier correctement les sons des alarmes. Le taux global d'identification correcte était de 33 %, et deux moniteurs seulement ont été correctement identifiés par plus de 50 % des sujets. Les résultats de cette étude ont des répercussions sur la conception et l'utilisation des alarmes sonores dans les hôpitaux et semblent indiquer que la recherche doit se poursuivre dans ce domaine.

Hyman, W. (1994). « Errors in the Use of Medical Equipment ». *Human Error in Medicine*. M. S. Bogner. Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum: 327-347.

L'auteur examine les erreurs associées aux facteurs techniques et humains dans l'utilisation du matériel médical. L'erreur d'utilisation est considérée comme un important facteur d'incidents liés à des instruments médicaux, dont bon nombre semblent être évitables. Pour cela, il suffit d'apporter l'attention voulue à l'utilisateur, à l'environnement dans lequel le matériel sera employé et à la conception de l'instrument. Sur le plan de la conception, il faut incorporer à l'instrument médical des caractéristiques qui faciliteront son utilisation et préviendront les erreurs et les mauvais usages prévisibles dans des conditions d'utilisation courantes et dans un environnement normal. La conception du produit doit tenir compte de certaines priorités. Tout d'abord, il faut éliminer les dangers, puis prévoir des mesures de protection. Il faut ensuite prévoir des avertissements automatisés, puis, en dernier, former les utilisateurs.

Facteurs décisionnels et cognitifs influant sur la sécurité

Lambert, B. L. (1997). « Predicting look-alike and sound-alike medication errors ». *American Journal of Health-System Pharmacy* **54**(10): 1161-1171.

De nombreuses erreurs de médicaments sont causées par des médicaments dont les noms ont une orthographe ou une consonance similaire. Pourtant, peu de mesures sont en place pour assurer la sécurité de la nomenclature des nouveaux médicaments ou pour identifier, dans les bases de données existantes, les noms similaires pouvant prêter à confusion. Dans cette étude, on présente trois mesures automatisées de la similarité orthographique et l'on examine la probabilité d'erreur de médicament. Ces méthodes peuvent se révéler utiles pour le processus d'approbation des noms des médicaments.

☒ Schull, M. J., L. E. Ferris et coll. (2001). « Problems for clinical judgement: 3. Thinking clearly in an emergency ». *Journal de l'Association médicale canadienne* **164**(8): 1170-5.

La réanimation in extremis d'un patient se caractérise souvent par un chaos et une désorganisation; c'est l'une des situations les plus stressantes en médecine. Les auteurs ont examiné certaines études dans les domaines de l'anesthésie, de la médecine d'urgence et des soins intensifs, qui traitent de l'intervention auprès d'un patient en phase critique. On peut améliorer la performance des cliniciens en les exposant davantage à des urgences durant leur formation et en incorporant aux cours sur les soins intensifs les principes du travail d'équipe, de la communication et de la gestion des ressources en cas de crise. On peut améliorer la performance d'équipe en recherchant certains traits de personnalité lors de la sélection de candidats appelés à occuper des postes dans des services où le stress est intense, en attribuant les rôles de façon explicite, en créant une « culture » commune à l'équipe et en organisant régulièrement des séances de débreffage. Il faut éviter de trop se fier à la technologie ou à son instinct aux dépens d'interventions systématiques. Grâce à une meilleure formation et à un meilleur travail d'équipe, les cliniciens peuvent avoir les idées plus claires dans les situations d'urgence, et transposer ainsi leurs connaissances en actions efficaces et en résultats plus positifs pour le patient.

☒ Redelmeier, D. A., L. E. Ferris et coll. (2001). « Problems for clinical judgement: Introducing cognitive psychology as one more basic science ». *Journal de l'Association médicale canadienne* **164**(3): 358-360.

Cet article est le premier d'une série portant sur le jugement clinique en médecine. On peut définir le jugement clinique comme un exercice de raisonnement dans un contexte d'incertitude. Selon les auteurs, les médecins n'agissent pas uniquement en se fondant sur des constatations ou sur des considérations arbitraires. Au contraire, le jugement clinique fait appel à la fois à la théorie scientifique, à l'expérience personnelle, aux perspectives du patient et à d'autres connaissances. Les exemples de jugement clinique varient grandement, allant d'un jugement grave (par exemple lorsque le médecin doit décider s'il doit interrompre le maintien des fonctions vitales pour un patient dialysé) à un jugement banal (par exemple lorsque le médecin doit décider s'il doit interrompre une conversation téléphonique en attendant que la ligne du service de néphrologie se libère). Les données manquantes, les renseignements contradictoires, le temps limité et les options à long terme sont autant d'éléments communs à ce processus. Les auteurs rattachent plusieurs problèmes au jugement clinique, notamment la tendance des gens à se former une opinion à partir

des premiers renseignements obtenus et, une fois l'opinion formée, leur hésitation à en changer même lorsqu'on leur communique de nouvelles données importantes. La recherche dans les milieux non médicaux donne à entendre que les experts sont particulièrement portés à s'en tenir à leurs premières idées et à changer d'avis moins souvent qu'ils ne le devraient idéalement. Étant donné que la médecine repose énormément sur le travail d'équipe, le jugement clinique peut être erroné s'il est fondé sur un tableau des signes vitaux, des rapports radiologiques ou des résultats de biopsie qui contiennent des erreurs ou sur de mauvaises informations. Chacun d'entre nous est confronté au difficile dilemme qui consiste à décider combien de temps on doit consacrer à faire confiance aux autres et combien de temps on doit consacrer à contre-vérifier. Enfin, les auteurs font observer que le jugement clinique ne remplace pas le savoir. Toutefois, les médecins peuvent se prévaloir d'outils et de méthodes qui permettent d'améliorer le jugement clinique. Ils ont besoin de moyens plus efficaces d'amener les patients à indiquer l'information pertinente lorsqu'ils les questionnent sur leurs antécédents médicaux. Ils ont besoin d'outils pour interpréter les données numériques et éviter les erreurs graves. Ils peuvent également tirer profit de stratégies conçues pour les aider à penser clairement dans les situations d'urgence. Certaines précautions peuvent aussi se révéler utiles dans les relations avec les administrateurs et les autres personnes qui pourraient mettre en question le jugement clinique en rassemblant des statistiques brutes.

☒ Croskerry, P. (2000). « The cognitive imperative: thinking about how we think ». *Academic Emergency Medicine* **7**(11): 1223-31.

Pour pouvoir constamment agir avec efficacité, l'urgentologue doit posséder trois formes d'expertise : une expertise technique, une expertise affective et une expertise cognitive. L'expertise cognitive est la plus sollicitée. Les études en sciences cognitives sont axées sur un certain nombre de préjugés courants et prévisibles dans le processus de réflexion, dont bon nombre tiennent à l'exercice de la médecine d'urgence. Il importe de comprendre ces préjugés et la façon dont ils peuvent influer sur le processus décisionnel clinique. Parmi les spécialités, la médecine d'urgence offre un milieu clinique unique qui se caractérise par la contradiction, l'incertitude, la variété et la complexité. Les blessures et les maladies sont traitées à l'intérieur d'un court délai, souvent sous pression. Ce mode de fonctionnement force les praticiens à adopter un éventail distinct de stratégies de réflexion. La stratégie la plus populaire chez eux est l'heuristique, une forme de réflexion abrégée qui aboutit souvent à de bons résultats, mais qui peut occasionnellement entraîner des erreurs. Afin de pouvoir élaborer une méthode efficace qui permettra de mieux comprendre la façon dont nous pensons en médecine d'urgence, il existe différentes solutions

qui visent à surmonter les obstacles interdisciplinaires, linguistiques et historiques. Cette démarche permettra de mieux prendre conscience de nos processus cognitifs et améliorera la capacité d'enseigner efficacement les stratégies cognitives et, en fin de compte, d'éviter ou de réduire au minimum les erreurs.

Transfert d'information

Le fait de ne pas transmettre de l'information sur les patients peut nuire à la qualité des soins et entraîner des préjudices pour les patients, parce qu'on n'aura pas donné suite à un diagnostic positif ou parce qu'on n'aura pas indiqué à d'autres fournisseurs les services dont les patients ont besoin. Les renseignements sur les patients, leur état clinique et les traitements qui leur sont prescrits doivent être transmis rapidement, complètement et clairement d'un clinicien à l'autre. Pour faire baisser l'incidence des communications incomplètes ou inexactes, qui donnent lieu à une coordination inefficace et à des événements indésirables, on a besoin de dossiers électroniques pour les patients, de cliniciens plus compétents en communication et de meilleures technologies de communication.

Kuehl, A. K., E. A. Chrischilles et coll. (1998). « System for exchanging information among pharmacists in different practice environments ». *American Journal of Health-System Pharmacy* **55**(10): 1017-24.

Les auteurs décrivent un système d'échange de renseignements sur les patients entre les pharmacies d'hôpitaux, d'établissements de soins de longue durée (ESLD) et de centres de soins ambulatoires. De plus, ils expliquent les effets d'un tel système sur les interventions des pharmaciens. Les établissements ayant fait l'objet de l'étude comprenaient trois pharmacies de centres de soins ambulatoires, une pharmacie d'ESLD et une pharmacie d'hôpital dans une petite ville du Midwest des É.-U.. Les cliniciens, les chercheurs et les administrateurs d'hôpitaux ont tenu des réunions en vue de planifier le système d'échange d'information. De janvier à juin 1996, on a vérifié si les patients admis à l'hôpital avaient été dirigés par une pharmacie participante qui avait délivré les médicaments (source); si c'était le cas, on les classaient au hasard dans le groupe expérimental ou dans le groupe témoin. L'hôpital demandait à la pharmacie source des renseignements préalables à l'admission pour le groupe expérimental, mais non pas pour le groupe témoin. Une fois qu'ils recevaient l'information, les pharmaciens d'hôpitaux pouvaient s'en servir pour déceler et documenter les problèmes de pharmacothérapie. Lorsqu'un patient du groupe expérimental recevait son congé, l'hôpital envoyait l'information à la pharmacie source appropriée. En tout, 156 patients ont participé à l'étude. Pour 75 % des patients du groupe expérimental,

l'information transférée était complète. On a enregistré au moins une intervention d'un pharmacien à l'hôpital chez un nombre significativement plus élevé de patients du groupe expérimental que de patients du groupe témoin. De la même façon, dans les pharmacies des centres de soins ambulatoires (mais non pas dans celle de l'ESLD), on a observé un nombre significativement plus élevé d'interventions par patient pour le groupe expérimental. Les pharmaciens des hôpitaux et des centres de soins ambulatoires ont documenté davantage d'interventions pour les patients au sujet desquels l'information avait été fournie que pour les patients au sujet desquels cette information n'avait pas été fournie. Les chercheurs n'ont observé aucune différence dans les taux d'intervention des pharmaciens de l'ESLD, auxquels l'ESLD envoyait déjà l'information sur les patients qui recevaient leur congé.

Cameron, B. (1994). « The impact of pharmacy discharge planning on continuity of care. » *Journal canadien de la pharmacie hospitalière* **47**(3): 101-9.

La participation des pharmaciens à la planification des congés a toujours été minime et s'est souvent limitée à des conseils de dernière minute aux patients. Les pharmaciens d'hôpitaux peuvent contribuer à la continuité des soins dispensés aux patients en résumant les changements apportés au traitement du patient, leur justification et les aspects à prendre en considération dans l'avenir dans un rapport de congé adressé au médecin de famille et/ou au pharmacien communautaire. Dans cette étude, des résumés de congé ont été préparés par les pharmaciens en vue d'être inclus dans le rapport de congé destiné au médecin de famille. Des résumés ont également été envoyés au pharmacien communautaire, si le cas le justifiait. Deux types de résumés de pharmacien ont été rédigés : l'un portant sur la justification des changements au traitement du malade hospitalisé (« Rationale for Inpatient Changes » (RIC)) et l'autre sur les recommandations relatives aux changements futurs (« Recommendations for Future Changes » (RFC)). Les formulaires d'évaluation qui accompagnaient les résumés ont révélé des réponses très favorables. Un groupe d'examen indépendant, composé de deux médecins et de deux pharmaciens, ont évalué l'effet possible des résumés sur la réduction de la mortalité et de la morbidité des patients selon les cotes suivantes : important, modéré, faible ou négligeable. Pour la plupart des résumés, l'effet a été jugé « modéré ». La charge de travail associée à la préparation des résumés nécessiterait l'embauche de pharmaciens supplémentaires. Des économies directes et indirectes, y compris une diminution du coût des médicaments et la prévention des complications et des réadmissions attribuables aux médicaments sont autant d'avantages qui ont été associés à ce service.

Rupp, M. T., M. DeYoung et coll. (1992). « Prescribing problems and pharmacist interventions in community practice ». *Medical Care* **30**(10): 926-40.

Des observateurs qualifiés ont documenté les interventions de 89 pharmaciens communautaires dans 5 États, interventions visant à corriger les problèmes de prescription qu'ils avaient relevés sur de nouvelles ordonnances. Les pharmaciens sont intervenus pour résoudre un problème de prescription pour 623 (1,9 %) des 33 011 nouvelles ordonnances qui ont été présélectionnées et exécutées pendant la période ayant fait l'objet de l'étude. Un comité composé de trois évaluateurs experts a conclu que 28,3 % des problèmes de prescription recensés durant l'étude auraient pu causer des préjudices aux patients si le pharmacien n'était pas intervenu pour les corriger. La fréquence avec laquelle les pharmaciens ont décelé des problèmes de prescription était inversement associée au nombre d'ordonnances qu'ils exécutaient par heure, ce qui laisse entendre qu'en visant l'efficience dans l'exécution des ordonnances, certains pharmaciens peuvent dépasser leur seuil de sécurité. Les auteurs ont recommandé que le système interprofessionnel de surveillance et de vérification (c.-à-d. système de « contrôle ») de la prestation des services pharmaceutiques dans la collectivité soit maintenu et renforcé.

☒ van Walraven, C. et E. Rokosh (1999). « What is necessary for high-quality discharge summaries? ». *American Journal of Medical Quality* **14**(4): 160-9.

Cette étude avait pour objet de déterminer les renseignements qui, selon les médecins, devaient figurer sur les sommaires médico-administratifs. Des sondages individuels ont été effectués auprès de 100 internes et médecins de famille communautaires. Les participants ont indiqué que 56 éléments d'information contribuaient à la qualité du sommaire sur une échelle ordinale de 15 catégories. Les résultats ont été convertis en une échelle continue, s'étendant de -6.6 (« élément rendant le sommaire inutile » à 10 (« élément sans lequel le sommaire serait inutile »), en passant par 0 (« élément n'ayant aucun effet sur la qualité du sommaire »). Les chercheurs ont observé une forte baisse de la qualité lorsque le sommaire comptait plus de deux pages et lorsque le délai s'allongeait entre le moment où le patient obtenait son congé et le moment où le sommaire était produit. Le contenu idéal du sommaire était constitué des renseignements suivants : le diagnostic à l'admission; les résultats pertinents de l'examen physique et les résultats des analyses de laboratoire; les interventions et les complications pendant l'hospitalisation; le diagnostic à la sortie; les médicaments à la sortie; les problèmes médicaux à la sortie et le suivi. À quelques rares exceptions près, les internes et les médecins de famille s'entendaient sur les éléments d'information qui contribuaient à la qualité du sommaire médico-administratif. Pour cet échantillon de médecins, les sommaires étaient de haute qualité lorsqu'ils étaient courts, lorsqu'ils étaient

produits rapidement et lorsqu'ils contenaient des données pertinentes se rattachant essentiellement au congé du malade.

Del Mar, C. B. et R. G. Wright (1995). « Notifying women of the results of their cervical smear tests by mail: does it result in a decreased loss to follow-up of abnormal smears? ». *Australian Journal of Public Health* **19**(2): 211-3.

Les auteurs ont réalisé une étude d'intervention randomisée prospective des proportions de femmes ayant obtenu des résultats anormaux à une cytologie et ayant été perdues de vue dans 42 cabinets de généralistes des milieux urbains et ruraux du Queensland, en Australie, sur une période de 26 semaines. Dans le groupe d'intervention, on a remis aux médecins un nouveau formulaire de demande de frottis vaginal sur lequel les patientes pouvaient indiquer une adresse afin que le laboratoire les informe directement par la poste des résultats. Les questionnaires d'évaluation de la satisfaction envoyés aux généralistes du groupe d'intervention ont révélé que la plupart d'entre eux se sont au moins servi de ce moyen d'information directe et ont trouvé que cela en valait la peine. En ce qui concerne les femmes ayant obtenu un résultat initial de néoplasie cervicale intra-épithéliale, 23 % (intervalle de confiance de 95 % (IC) 11 à 39) d'entre elles ont été perdues de vue dans le groupe témoin, alors qu'aucune patiente ne l'a été dans le groupe d'intervention (IC supérieur, 7 pour cent), soit une différence hautement significative ($P < 0,001$). Le fait d'envoyer directement aux femmes les résultats d'un tests de dépistage du cancer du col peut réduire le nombre de patientes perdues de vue chez lesquelles une néoplasie cervicale intra-épithéliale a été décelée.

Communication, coordination et travail d'équipe

Hackman, J. R. (1993). « Teams, leaders and organizations: New directions for crew-oriented flight training ». *Cockpit Resource Management*. E. L. Weiner, B. G. Kanki and R. L. Helmreich. San Francisco, Academic Press: 47-70.

L'auteur fait état des résultats de plusieurs années de recherche sur le personnel naviguant technique de différentes compagnies aériennes. Il examine l'élaboration d'une formation sur la gestion des ressources en équipe (CRM) et ses répercussions. Le défi actuel consiste à mieux harmoniser la formation en matière de CRM et la formation et les politiques organisationnelles connexes avec les connaissances actuelles sur les facteurs qui contribuent à l'efficacité d'une équipe. Il faudra donc mettre au point une formation qui permette de mettre en pratique et de renforcer les techniques d'équipe, et réexaminer les critères utilisés pour sélectionner les pilotes ainsi que les façons dont les compagnies aériennes établissent les horaires de travail des pilotes et forment les équipes. Il faudrait aussi fournir une formation complémentaire aux

commandants de bord en ce qui concerne la direction d'une équipe de manière à améliorer les capacités des équipes de gérer les situations exigeantes où le facteur temps est déterminant. Dans le cadre de l'évolution de la gestion des ressources en équipe, la prochaine étape consistera à se pencher sur la façon dont les organisations appuient leurs équipes et à examiner l'impact de la culture sur la sélection, la formation et la gestion des pilotes axées sur l'équipe.

Helmreich, R. L. et Schaefer (1994). « Team performance in the operating room ». *Human Error in Medicine*. M. S. Bogner. Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum: 225-253.

Les erreurs humaines dans les salles d'opération peuvent avoir pour conséquences des préjudices pour les patients ou le décès de patients. Ce chapitre traite de plusieurs facteurs qui influent sur la performance des équipes de salle d'opération dans un hôpital universitaire européen. Les auteurs présentent aussi les résultats d'une enquête menée auprès du personnel de salle d'opération dans différents hôpitaux ainsi que des observations sur la performance des équipes. Plusieurs facteurs organisationnels influent sur la performance, notamment la culture et la structure, l'efficience du service, la formation, l'évaluation et le contrôle de la qualité, les normes de travail, les tensions liées au rôle, les conflits de rôles et les conflits entre services. Les facteurs environnementaux incluent l'aménagement de la salle d'opération, l'équipement et les caractéristiques du patient. Les facteurs liés à l'équipe comprennent la composition de l'équipe, le climat du groupe, les normes et les normes intergroupes. Quant aux facteurs individuels, ils comprennent les attitudes, l'aptitude, l'intelligence, la personnalité, la motivation, les connaissances, la formation, la forme physique, la fatigue et l'état affectif. Les auteurs ont adapté des questionnaires qui avaient déjà été utilisés pour du personnel navigant en vue d'évaluer les effets des attitudes sur la performance d'une équipe de salle d'opération. Ils ont notamment constaté que les membres du personnel de salle d'opération n'ont pas tous la même conception de la façon dont les activités de l'équipe devraient être dirigées et coordonnées. Par ailleurs, les styles de travail préférés des répondants variaient. Les anesthésistes, les chirurgiens et les infirmières anesthésistes préféraient le plus souvent des styles de leadership consultatifs, alors que les infirmières en chirurgie préféraient des styles démocratiques. Beaucoup de chirurgiens étaient aussi en faveur d'un style autocratique souple. Tous les groupes ont signalé une grande différence entre le style qu'ils préféraient et le style adopté dans les salles d'opération. Selon les auteurs, ces constatations permettent de croire que le concept de l'équipe peut être compromis dans un tel cadre, vu que, pour de nombreux participants, le type de leadership adopté n'est pas optimal.

Risser, D., M. M. Rice et coll. (1999). « The potential for improved teamwork to reduce medical errors in the emergency department ». *Annals of Emergency Medicine* **34**: 373-384.

Cet article décrit les équipes de travail d'un service d'urgence, constituées de manière à améliorer la communication et la coordination au sein du groupe et à réduire les erreurs. Ce mode de fonctionnement en équipe repose essentiellement sur l'enseignement de comportements et de compétences propres au travail d'équipe, le développement d'habitudes de travail en équipe et la création de petites équipes de travail. Tous ces concepts sont largement inspirés de programmes du domaine de l'aviation qui ont fait leurs preuves. Les arguments en faveur de l'inculcation de la culture du travail d'équipe chez les professionnels des soins d'urgence sont fondés sur une étude rétrospective portant sur les incidents liés à des fautes professionnelles dans les services d'urgence. Selon les chercheurs, cinquante-quatre incidents (survenus entre 1985 et 1996), constituant un échantillon de commodité prélevé dans 8 hôpitaux, auraient pu être évités, ou leurs conséquences auraient pu être atténuées, grâce à un meilleur travail d'équipe. En moyenne, 8,8 défaillances du travail d'équipe se sont produites pour chacun des cas. Plus de la moitié des décès et des invalidités permanentes engendrés par ces incidents ont été jugés évitables. Un meilleur travail d'équipe permettrait d'économiser près de 3,50 $ par visite de patient au service des urgences. Le personnel soignant doit améliorer ses compétences en matière de travail d'équipe de façon à réduire les erreurs, à améliorer la qualité des soins et à diminuer les risques de poursuites.

Gaba, D. M. (1994). « Human Error in Dynamic Medical Domains ». *Human Error in Medicine*. M. S. Bogner. Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum Associates: 197-224.

Le chapitre de Gaba porte sur les sources d'erreurs pour le personnel d'anesthésie. L'auteur examine comment les anesthésistes accomplissent leur travail et analyse les processus cognitifs complexes requis pour une performance optimale. Les principales sources de problèmes en anesthésie sont la nature de la maladie et l'état du patient, les effets de la chirurgie chez le patient, les défaillances du matériel et les erreurs liées à la chirurgie ou à l'anesthésie. L'auteur présente plusieurs stratégies de prévention des erreurs, dont la planification et l'évaluation préalable du patient. Toutefois, puisque les erreurs ne peuvent être éliminées, une partie importante du travail de l'anesthésiste, et un facteur déterminant d'un rendement optimal ou sous-optimal, est la détection et la correction des problèmes qui se produisent inévitablement. L'auteur trace les grandes lignes d'un modèle de résolution de problème et de stratégies de gestion de la charge de travail visant à améliorer la détection des erreurs et les mesures à prendre.

☒ Croskerry, P. (2000). « The feedback sanction ». *Academic Emergency Medicine* **7**(11): 1232-8.

Le service des urgences est un environnement complexe. Son équilibre, ou son homéostasie, dépend essentiellement de l'action continue des processus de rétroaction. Si l'on veut qu'un système fonctionne efficacement, on doit être au courant des résultats d'actions particulières de façon constante, fiable et rapide. Les attitudes de longue date conjuguées aux caractéristiques particulières du fonctionnement d'un services d'urgence entravent la rétroaction. On considère que les facteurs suivants font obstruction à une rétroaction optimale : manque d'information quant à l'importance du problème, trop fortes contraintes de temps et pression excessive liée au travail, rareté du cas, défaut d'assurer le suivi par un spécialiste, manque de communication, systèmes déficients de déclaration des incidents évités, des erreurs et des événements indésirables, partialité dans les processus d'examen des cas, délais de relève des équipes et travail par postes. Il en résulte que les cliniciens, les infirmières et les stagiaires travaillent dans des conditions sous-optimales pour la prestation de soins sans danger, ainsi que pour l'apprentissage et la satisfaction professionnelle. Une bonne rétroaction est une condition essentielle à une performance individuelle raisonnable et fait partie intégrante du fonctionnement efficace d'une équipe. On a besoin d'en savoir plus sur les résultats pour que la rétroaction soit efficace. Il faut également mettre en évidence le rôle déterminant de la rétroaction à l'égard d'autres aspects du fonctionnement d'un service d'urgence, tels que l'éducation et l'ergonomie. L'intérêt que suscite actuellement l'erreur médicale et l'évolution des attitudes vers une nouvelle culture de la sécurité des patients offrent une occasion unique d'examiner la rétroaction et le rôle crucial qu'elle joue dans le bon fonctionnement d'un service d'urgence. [Renvoi : 30]

Schenkel, S. (2000). « Promoting patient safety and preventing medical error in emergency departments ». *Academic Emergency Medicine* **7**(11): 1204-1222.

On estime à 108 000 le nombre de personnes qui meurent chaque année des suites d'incidents iatrogènes qui auraient pu être évités. Un patient hospitalisé sur 50 est victime d'un événement indésirable évitable. Jusqu'à 3 % de ces incidents et événements surviennent dans les services d'urgence. Par le biais d'une formation longue et exigeante, de conférences sur la morbidité et la mortalité et de l'attention accordée à la responsabilisation des praticiens, la médecine tente depuis toujours de faire face aux défis que soulèvent les erreurs médicales et la sécurité des patients en adoptant une approche centrée presque exclusivement sur les praticiens. Pourtant, peu importe la qualité de la formation reçue et la minutie exercée par les fournisseurs de soins, les gens commettent des erreurs parce que l'erreur est humaine. En médecine générale,

l'étude des événements iatrogènes médicamenteux a ouvert la voie à de nouvelles méthodes de détection et de prévention des erreurs. En combinant les examens de dossiers, les registres d'incidents, l'observation et le recours à la consultation des pairs, on a obtenu un outil quantitatif qui sert à démontrer l'efficacité des interventions telles que l'entrée des ordonnances dans un système informatisé et l'examen des ordonnances par un pharmacien. En médecine d'urgence, la détection des erreurs a été axée sur les problèmes les plus susceptibles d'entraîner des poursuites : les infarctus du myocarde non décelés, les appendicites non décelées et les erreurs de lecture des radiographies. Certaines initiatives de prévention des erreurs au niveau des systèmes ont été axées sur le travail d'équipe, l'amélioration de la communication entre les pharmaciens et les urgentologues, l'automatisation du dosage et de la distribution des médicaments et la rationalisation des postes de travail. L'auteur de cet article se penche sur les définitions, la détection et la présentation des erreurs en médecine et en médecine d'urgence. En se fondant sur une étude des publications actuelles sur le sujet, il formule des recommandations visant à accroître la probabilité de réduction des erreurs en médecine d'urgence.

Sexton, J. B., E. J. Thomas et coll. (2000). « Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys ». *Bmj* **320**(7237): 745-9.

Les chercheurs ont étudié les attitudes du personnel des salles d'opération et des unités de soins intensifs à l'égard de l'erreur, du stress et du travail d'équipe, et ont comparé ces attitudes à celles du personnel navigant technique de compagnies aériennes. Pour ce faire, ils ont réalisé des enquêtes auprès du personnel d'hôpitaux universitaires et d'hôpitaux sans vocation universitaire dans des milieux urbains, aux États-Unis, en Israël, en Allemagne, en Suisse et en Italie, et du personnel d'importants transporteurs aériens dans le monde. Au total, 1 033 médecins, infirmières, boursiers et résidents travaillant dans des salles d'opération et des unités de soins intensifs et plus de 30 000 membres du personnel navigant technique (commandants de bord, copilotes et seconds officiers) ont participé aux enquêtes. Les chercheurs ont constaté que les pilotes étaient les moins nombreux à nier les effets de la fatigue sur la performance (26 % contre 70 % de chirurgiens-conseils et 47 % d'anesthésistes-conseils). La plupart des pilotes (97 %) et des membres du personnel des soins intensifs (94 %) ont rejeté les hiérarchies strictes (à l'intérieur desquelles les doyens de l'équipe sont fermés aux suggestions des plus jeunes), mais 55 % seulement des chirurgiens-conseils ont rejetés ce genre de hiérarchie. Soixante-treize pour cent des chirurgiens résidents, 64 % des chirurgiens-conseils, 39 % des anesthésistes-conseils, 28 % des infirmières en chirurgie, 25 % des infirmières anesthésistes et 10 % des anesthésistes résidents ont déclaré collaborer étroitement avec les chirurgiens-conseils lorsqu'ils travaillent en équipe. Le tiers seulement du

personnel a signalé que les erreurs sont résolues de façon appropriée dans leur hôpital. Par ailleurs, le tiers des membres du personnel des soins intensifs n'ont pas admis faire des erreurs. Plus de la moitié d'entre eux ont indiqué éprouver de la difficulté à discuter des erreurs. D'après les auteurs, le personnel médical a signalé que les erreurs sont importantes, mais qu'il est difficile d'en discuter et qu'on ne prend pas de mesures appropriées dans leur hôpital. Le fait que le personnel médical semble nier l'effet du stress et de la fatigue sur la performance vient entraver davantage la discussion au sujet des erreurs. Parmi les autres problèmes, mentionnons les différentes façons de concevoir le travail d'équipe et la réticence dont font preuve les doyens d'une équipe de salle d'opération à l'égard des suggestions des plus jeunes.

Small, S. D., R. C. Wuerz et coll. (1999). « Demonstration of high-fidelity simulation team training for emergency medicine ». *Academic Emergency Medicine* **6**(4): 312-23.

La médecine d'urgence présente pour les praticiens de nombreux défis cognitifs, sociaux et systémiques. Dans une situation de stress, la coordination et la communication entre des personnes et des équipes appartenant à diverses disciplines sont essentielles à la prestation de soins optimaux aux patients. La spécialité se caractérise par l'incertitude, la complexité, des priorités qui changent rapidement et des éléments communs à d'autres domaines comportant des risques élevés, comme la médecine périopératoire et l'aviation. Les simulateurs haute-fidélité sont utilisés depuis longtemps dans le secteur de l'aviation et, depuis quelques années, ils jouent un rôle prépondérant en anesthésiologie. Un programme national de recherche multicentrique a été mis sur pied dans le but de documenter le coût des erreurs au niveau du travail d'équipe en médecine d'urgence et de remédier à ces erreurs au moyen d'un cours sur la coordination d'une équipe d'urgence. Ce programme a pris une telle ampleur que des simulateurs médicaux haute-fidélité seront intégrés au volet « formation pratique » du cours. Ce document décrit un projet de collaboration entre les membres du Center for Medical Simulation, de la Harvard Emergency Medicine Division et du programme MedTeams, qui a pour objet de concevoir un cours de simulation haute-fidélité en médecine d'urgence, d'en faire la démonstration et de l'améliorer. Ce cours aurait pour but d'accroître la performance des cliniciens en médecine d'urgence et la sécurité des patients et de réduire le nombre de poursuites. Les principaux objectifs du document sont les suivants : 1) présenter les caractéristiques détaillées des outils et des techniques de simulation médicale haute-fidélité; 2) partager les résultats d'un atelier d'essai de validation en médecine d'urgence, où plusieurs scénarios mettaient en jeu un mannequin et trois patients; et 3) se concentrer sur les applications du travail d'équipe. Les auteurs espèrent amener les urgentologues à amorcer un débat général sur ces méthodes et à les explorer concrètement.

Weiner, E. L., B. G. Kanki et coll. (eds.) (1993). *Cockpit Resource Management.* San Diego, Academic Press.

Examen détaillé de l'historique et de l'élaboration de la formation en gestion des ressources en équipe (qu'on appelait auparavant « gestion dans le poste de pilotage) ainsi que de l'historique du savoir sur les facteurs humains dans le domaine de l'aviation. Les auteurs ont fait appel à plusieurs experts en la matière qui ont contribué à mettre au point cette formation, entre autres Robert Helmreich, Earl Weiner et Richard Hackman.

Gestion des risques

Taylor-Adams, S. E., C. Vincent et coll. (1999). « Applying human factors methods to the investigation and analysis of clinical adverse events ». *Safety Science* **31**: 143-159.

La sécurité en médecine est un domaine qui évolue rapidement. Toutefois, jusqu'à tout récemment, on ne savait pas trop comment les compétences acquises et les outils mis au point par les spécialistes des facteurs humains (ergonomes) dans d'autres industries pourraient être appliqués à la médecine. Ce document commence par donner un aperçu des programmes de gestion de la qualité et de la sécurité auxquels les systèmes de santé ont toujours eu recours afin d'améliorer la qualité des soins, avant d'attirer notre attention sur l'épidémiologie des événements indésirables. Les auteurs expliquent les progrès de la gestion des risques cliniques, en soulignant la façon dont on pourrait adapter les méthodes ergonomiques à la gestion de la sécurité dans le secteur de la santé. Ils décrivent une méthode structurée et systématique d'enquête et d'analyse des événements cliniques indésirables et des incidents évités, qui repose sur les méthodologies ergonomiques traditionnelles. L'enquête sur un événement clinique indésirable comporte une entrevue semi-dirigée et un questionnaire sur les facteurs influant sur la performance, alors que le modèle organisationnel de causalité des accidents de Reason sert à analyser les événements indésirables (Reason, J.T., 1993. The human factor in medical accidents. Dans : Vincent, C. (Ed.), Medical Accidents. Oxford Medical Publications, Oxford). Les auteurs s'inspirent d'un cas obstétrique, comportant une hémorragie post-partum, pour illustrer, d'une part, comment les méthodes d'enquête peuvent être utilisées par un gestionnaire des risques cliniques pour élaborer une description exacte et détaillée de ce qui est arrivé et, d'autre part, comment le modèle organisationnel de causalité des accidents peut être employé pour déterminer systématiquement la cause des erreurs. Enfin, les auteurs analysent l'applicabilité des méthodes ergonomiques à la médecine et les modifications qu'il faudrait y apporter.

Vincent, C., S. E. Taylor-Adams et coll. (2000). « How to investigate and analyze clinical incidents: Clinical risk unit and association of litigation and risk management protocol ». *BMJ* **320**(18 mars): 777-781.

Dans les analyses des incidents cliniques, il faudrait accorder plus d'attention aux facteurs organisationnels et moins d'attention aux personnes. L'utilisation d'un protocole en bonne et due forme permet de faire en sorte que l'enquête soit systématique, circonstanciée et rentable. Le protocole réduit le risque d'explications simplistes et de rejet systématique de la faute sur quelqu'un. L'expérience nous apprend que l'utilisation judicieuse d'un protocole nécessite une formation. L'analyse des incidents est un moyen efficace d'apprendre à connaître les organismes de santé. Les analyses organisationnelles débouchent directement sur des stratégies visant à améliorer la sécurité des patients.

Stratégies d'amélioration de la qualité

Leape, L., A. I. Kabcenell et coll. (2000). « Reducing Adverse drug events: Lessons from a Breakthrough Series Collaborative ». *Joint Commission Journal on Quality Improvement* **26**(6): 321-331.

Les auteurs font rapport des activités d'un groupe d'organismes de soins de santé qui ont collaboré à la mise en œuvre de stratégies internes visant à réduire les événements iatrogènes médicamenteux grâce à des méthodes d'amélioration rapide de la qualité. Parmi les changements effectués, mentionnons l'établissement de protocoles pour les médicaments à haut risque, tels que l'héparine et le Coumadin, et l'amélioration de la déclaration des événements iatrogènes médicamenteux.

National Coalition on Health Care and Institute for Healthcare Improvement (2000). Reducing Medical Errors and Improving Patient Safety: Success Stories from the Front Lines of Medicine. Washington, DC, National Coalition on Health Care. 31 pp. http://www.nchc.org/releases/medical_errors.pdf

Série de profils d'établissements et d'organismes qui ont amélioré la sécurité des patients et réduit le nombre d'événements indésirables. Les profils comprennent de brèves descriptions des activités qui se sont déroulées au Dana Farber Cancer Institute à la suite du décès de Betsy Lehman, des initiatives prises dans le cadre du VH Health System en vue de déceler et de réduire les événements indésirables et de la mise en œuvre de systèmes informatisés d'entrée des ordonnances au Brigham and Women's Hospital à Boston.

Berwick, D. M. (1998). *Taking Action to Improve Safety: How to Increase the Odds of Success*. Keynote address at Annenberg Center for Health Sciences Conference on Enhancing Patient Safety and Reducing Errors in Health Care, Rancho Mirage, CA., novembre 1998.
http://www.annenberg.net/mederrors/html/keynote.html

Berwick trace les grandes lignes d'une approche systémique d'amélioration de la qualité destinée à réduire les événements indésirables. S'inspirant du travail accompli par l'Institute for Healthcare Improvement sur la réduction des événements iatrogènes médicamenteux et des erreurs médicales, l'auteur définit trois principes clés : prévenir les erreurs en diminuant la complexité du système et les autres sources d'erreurs relevées par les experts en facteurs humains et d'autres spécialistes; attirer l'attention sur les erreurs lorsqu'elles se produisent par le biais d'une meilleure communication et d'une automatisation réfléchie; atténuer les erreurs, faire marche arrière ou se remettre des erreurs. Plusieurs stratégies d'atténuation des erreurs sont proposées : on peut notamment conserver un stock d'antidotes à proximité des patients à risque, améliorer la formation par le biais de simulations et veiller à ce que, en cas de défaillance, le matériel passe au mode le moins dangereux.

Spath, P. L. (2000). « Reducing errors through work system improvements ». *Error Reduction in Health Care: A Systems Approach to Improving Patient Safety*. P. L. Spath. San Francisco, Jossey-Bass: 199-234.

Spath esquisse à grands traits plusieurs stratégies générales d'amélioration du système de travail qui réduisent les erreurs humaines ou en atténuent les effets. Elle soutient que les organismes de soins de santé doivent d'abord examiner leurs systèmes et processus en vue de déterminer où des erreurs pourraient se produire, puis faire concorder les situations propices aux erreurs avec les solutions de restructuration appropriées. Ces restructurations peuvent éliminer les erreurs, réduire leur survenue ou en minimiser les conséquences. S'inspirant de Berwick, de Leape et d'autres chercheurs, Spath définit plusieurs principes généraux d'un système de travail visant à réduire les erreurs, entre autres les suivants : la simplification des méthodes de travail; la diminution de la dépendance à l'égard de la mémoire; l'amélioration de l'accès à l'information; le recours à des contraintes et des fonctions de forçage; l'amélioration de la communication et la diminution de la dépendance à l'égard de la vigilance. L'auteure indique également des points importants à prendre en considération lorsqu'on implante l'automatisation comme stratégie de réduction des erreurs; elle fait observer que si la technologie peut largement contribuer à améliorer la sécurité, l'automatisation peut aussi accroître le risque de nouveaux types d'erreurs.

Analyse des causes profondes

Wald, H. et K. G. Shojania (2001). Chapitre 5. *Root Cause Analysis. Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices*. K. G. Shojania, B. W. Duncan, K. M. McDonald and R. M. Wachter. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality: 51-56.

Les auteurs passent en revue les documents publiés sur l'analyse des causes profondes. Selon eux, même si la littérature médicale n'établit pas de façon certaine que l'analyse des causes profondes est une pratique éprouvée en matière de sécurité des patients, celle-ci peut constituer un outil qualitatif important pouvant compléter d'autres techniques de réduction des erreurs. Lorsqu'elle est convenablement utilisée, l'analyse des causes profondes peut mettre en lumière les changements à apporter et, dans certains contextes des soins de santé, peut déboucher sur des hypothèses vérifiables.

Williams, P. M. (2001). « Techniques for root cause analysis ». *Baylor University Medical Center Proceedings* **14**(2): 154-157.

Cet article donne un aperçu de différentes techniques d'analyse des causes profondes appliquées à un événement lié à la sécurité des employés dans un service de pathologie. Ces techniques consistent notamment à se poser cinq fois la question « Pourquoi? », et incluent l'arbre causal et la table de décision.

Rex, J. H., J. E. Turnbull et coll. (2000). « Systematic root cause analysis of adverse drug events in a tertiary referral hospital ». *Joint Commission Journal on Quality Improvement* **26**: 563-575.

Les auteurs expliquent comment on peut recourir aux techniques d'analyse des causes profondes pour déterminer les causes sous-jacentes des événements indésirables. Ils traitent de l'utilisation de ces techniques dans le cadre d'une enquête sur un événement sentinelle où un enfant est décédé après avoir reçu une dose trop élevée de digoxine.

Outre l'utilisation de diagrammes cause-effet, une analyse efficace des causes profondes requiert l'apport d'un changement culturel au sein de l'organisme, changement qui permettra au personnel de prendre part aux enquêtes portant sur de tels incidents dans un environnement non punitif. En 29 mois, 23 événements iatrogènes médicamenteux graves se sont produits dans l'hôpital. Des analyses de causes profondes ont été réalisées pour 18 de ces événements. Les causes profondes liées au milieu de travail et au personnel sont celles qui ont le plus contribué à ces événements. Une fois les causes établies, on a apporté des changements dans les activités quotidiennes, entre

autres des changements aux politiques, l'élaboration de fonctions de forçage ou de contraintes et le renforcement du leadership.

Runciman, W. B., A. Sellen et coll. (1993). « The Australian Incident Monitoring Study. Errors, incidents and accidents in anaesthetic practice ». *Anaesthesia & Intensive Care* **21**(5): 506-19.

L'erreur humaine est normale et omniprésente dans la vie de tous les jours, et préoccupe particulièrement l'anesthésiste car elle peut entraîner des accidents. Les définitions données des erreurs, des incidents et des accidents et l'exposé des liens qui existent entre eux servent de base à cette introduction à la psychologie de l'erreur humaine dans le contexte du travail de l'anesthésiste. Les auteurs puisent des exemples dans l'Australian Incident Monitoring Study (AIMS). Ils préconisent la déclaration immédiate de l'incident (mettant en lumière une information contextuelle pertinente et des détails utiles pour les psychologues de la cognition) plutôt que l'enquête après l'événement (qui comporte des problèmes comme l'insuffisance d'information, une perception faussée et des biais dans les résultats). De plus, ils proposent une classification des erreurs. Ainsi, les erreurs « actives » peuvent être classées dans les catégories suivantes : erreurs liées aux connaissances, erreurs liées aux règles, erreurs liées aux compétences et erreurs techniques. Les stratégies de prévention diffèrent selon le type d'erreur. Dans le domaine de l'anesthésie, il y aurait donc lieu désormais de se concentrer davantage sur les catégories auxquelles peu d'attention a été accordée dans le passé. Les erreurs « latentes » contribuent pour une large part aux problèmes constatés dans le domaine de l'anesthésie, et les auteurs examinent plusieurs catégories (p. ex. environnement, état physiologique, matériel, méthodes de travail, formation du personnel, facteurs sociaux et culturels). Ils suggèrent une approche pour la prévention et la gestion des erreurs, des incidents et des accidents, qui permet de catégoriser les problèmes cliniques, d'établir l'importance relative des divers facteurs contributifs ainsi que d'élaborer et de mettre en œuvre des stratégies de prévention appropriées en fonction des priorités déterminées à partir des données de l'AIMS. On ne peut éliminer les accidents. Cependant, si l'on comprend mieux les facteurs qui en sont à l'origine, on peut orienter rationnellement les ressources et les efforts de sorte à prévenir les erreurs et à en minimiser les effets.

☒ Fernandes, C. M., R. Walker et coll. (1997). « Root cause analysis of laboratory delays to an emergency department ». *Journal of Emergency Medicine* **15**: 735-739.

Dans cette étude, les chercheurs avaient pour objectifs de mesurer le délai d'exécution du service des urgences et du laboratoire ainsi que d'autres délais pertinents de traitement et de transmission des résultats par le laboratoire, et

de déterminer les causes profondes des retards. Ils ont établi un organigramme pour la demande, la collecte, l'analyse et la transmission des résultats d'analyses de laboratoire. Dans le cadre d'une étude transversale, à l'aide de l'organigramme, les intervalles de temps ont été prospectivement consignés pour l'hémogramme et le potassium. Ces intervalles ont été définis comme suit : le délai d'exécution était l'intervalle entre le prélèvement de sang et la transmission des résultats au service des urgences; le délai de prélèvement de sang était l'intervalle entre le traitement de la demande et le prélèvement du sang; enfin, le délai de traitement de la demande était l'intervalle entre le moment où le médecin présentait une demande et le traitement des demandes par le coordonnateur du service. Des délais médians avec des intervalles interquartiles ont été rapportés. Le délai d'exécution pour un hémogramme était de 38 min. (29 à 51,5) et pour un test de kaliémie de 58 min. (45 à 76,5). Le délai de traitement d'une demande était de 7 min. (4 à 15). Le délai de prélèvement de sang par un laborantin était de 17 min. (8 à 30) pour l'hémogramme et de 15 min. (7,75 à 32,25) pour un test de kaliémie, comparativement à 0 min. si le prélèvement était effectué par une infirmière; pourtant, avec la méthode de la ponction veineuse (technique du laborantin), on a observé un taux de nouveau prélèvement de 1 % (1/93) dû à l'hémolyse, par rapport à 20 % (19/95) avec le cathéter intraveineux (technique de l'infirmière). Parmi les analyses sanguines effectuées immédiatement au service des urgences, 24 % ont été réalisées pour des patients qui sont demeurés un certain temps dans ce service. Les retards dans la transmission des résultats d'analyses de laboratoire sont dus aux causes profondes suivantes : disponibilité des laborantins; taux de nouveaux prélèvements; volume de tests pour les patients admis au service d'urgences et délai de traitement des demandes.

Latino, R. J. (2000). « Automating Root Cause Analysis ». *Error Reduction in Health Care*. P. L. Spath. San Francisco, Jossey-Bass: 155-178.

Dans ce chapitre, l'auteur analyse les avantages de l'automatisation de l'analyse des causes profondes dans les organismes de soins de santé et indique les principales caractéristiques à prendre en considération lorsqu'on évalue des logiciels pouvant être utilisés à cette fin. L'automatisation de l'analyse des causes profondes dans d'autres industries a permis d'améliorer l'uniformité des enquêtes sur les accidents et a aidé à assurer le suivi de manière à prévenir des incidents similaires. Un logiciel d'analyse des causes profondes devrait posséder plusieurs caractéristiques, notamment il devrait permettre l'examen des événements passés aussi bien que l'évaluation des événements potentiels au moyen de méthodes telles que l'analyse des modes de pannes, de leurs effets et de leur criticité (AMPEC). Le logiciel devrait être convivial. Par ailleurs, il devrait aider l'équipe chargée de l'analyse des causes

profondes à choisir les causes objectivement tout au long du processus d'enquête. Il devrait être global, permettant aux utilisateurs d'intégrer l'information à partir de la collecte des données, de la validation des hypothèses et du suivi des améliorations. En outre, le logiciel devrait faciliter l'application des méthodes d'analyse des causes profondes choisies par l'organisme; il devrait être souple; il devrait permettre de produire des rapports appropriés; il devrait s'accompagner d'une formation appropriée; enfin, il devrait présenter des avantages pour les organismes qui ont besoin d'effectuer des analyses des causes profondes.

3.1.5 Divulgation des erreurs

Hebert, P. C., A. V. Levin et coll. (2001). « Bioethics for clinicians: 23. Disclosure of medical error ». *JAMC* **164**(4): 509-13.

Dans cet article, les auteurs analysent la littérature portant sur les événements indésirables et les erreurs médicales et traitent des aspects éthiques, juridiques et pratiques de leur mode de divulgation aux patients, le cas échéant. L'éthique, les politiques professionnelles et la législation, de même que la littérature empirique pertinente, laissent entrevoir que la divulgation franche et à propos devrait être la norme. La sincérité quant à l'erreur peut atténuer, plutôt qu'augmenter, la responsabilité médico-légale des professionnels de la santé et peut aider à dissiper les inquiétudes des patients. Les auteurs proposent des lignes directrices concernant la divulgation des renseignements aux patients et, si besoin est, à leur famille.

Kraman, S. S. et G. Hamm (1999). « Risk Management: Extreme Honesty May be the Best Policy ». *Annals of Internal Medicine* **131**(12): 963-967.

Ce document traite d'une politique humaniste de gestion des risques qui comporte les examens précoces des préjudices, le maintien constant des relations entre l'hôpital et le patient, la divulgation totale proactive de l'information aux patients qui ont subi des préjudices en raison d'accidents ou d'une négligence médicale et l'indemnisation équitable des victimes de préjudices. On ne connaît pas encore les répercussions financières de ce type de politique; cependant, il est encourageant de constater qu'un centre médical pour anciens combattants, qui applique cette politique humaniste de gestion des risques depuis 1987, a versé des indemnités modiques. Le ministère des Anciens combattants exige maintenant l'application d'une telle politique dans tous ses établissements; il ne devrait donc pas tarder à acquérir une vaste expérience dans ce domaine.

Wu, A. W., T. A. Cavanaugh et coll. (1997). « To tell the truth: ethical and practical issues in disclosing medical stakes to patients ». *Journal of General Internal Medicine* **12**(12): 770-5.

Conformément à l'éthique médicale, les médecins ont le devoir de divulguer les erreurs médicales importantes à leurs patients. Les auteurs formulent plusieurs suggestions pratiques concernant la divulgation des erreurs et des événements indésirables, notamment en ce qui concerne la personne qui devrait décider de divulguer ou non l'information, le moment de le faire, les renseignements à communiquer et les moyens de faciliter la divulgation des fautes commises par d'autres médecins.

Wu, A. W., S. Folkman et coll. (1991). « Do house officers learn from their mistakes? ». *JAMA* **265**(16): 2089-94.

En médecine, les erreurs sont inévitables. Afin de se renseigner sur la façon dont les erreurs médicales ont donné lieu à des changements dans l'exercice de la profession, les auteurs ont mené une enquête auprès de 254 médecins d'établissement en médecine interne et leur ont demandé de décrire leur erreur la plus grave et les mesures qu'ils ont prises pour y remédier. Parmi les erreurs commises, mentionnons les erreurs de diagnostic (33 %), les erreurs de prescription (29 %), les erreurs d'évaluation (21 %), les erreurs de communication (5 %) et les complications liées aux interventions (11 %). Dans 90 % des cas, les patients ont été victimes d'effets indésirables, et 31 % d'entre eux sont décédés. Cinquante-quatre pour cent seulement des médecins d'établissement ont discuté de l'erreur avec les médecins traitants, et 24 % seulement en ont parlé aux patients ou à leurs familles. Les médecins d'établissement qui ont accepté la responsabilité de leur erreur et qui en ont discuté étaient plus nombreux à signaler des changements constructifs dans l'exercice de leur profession. Les résidents étaient moins nombreux à apporter des changements constructifs s'ils attribuaient l'erreur à une surcharge de travail. Par ailleurs, ils étaient plus nombreux à adopter une attitude défensive si l'établissement se montrait critique à leur égard. Une diminution de la charge de travail et une supervision plus étroite peuvent aider à prévenir les erreurs. Afin de favoriser l'apprentissage, la faculté devrait encourager les médecins d'établissement à accepter la responsabilité de leurs erreurs et à en discuter.

3.1.6 Questions juridiques et éthiques

Culture organisationnelle et sécurité

Carthey, J., M. de Leval et coll. (2001). « Institutional resilience in healthcare systems ». *Quality Health Care* **10**(1): 29-32.

La sécurité des patients repose sur la création de cultures plus souples dans les organismes de soins de santé. Les auteurs fournissent un aide-mémoire utile pour l'évaluation de la souplesse d'un tel organisme.

Perrow, C. B. (1999[1984]). *Normal Accidents: Living with High Risk Technologies*. New York, Basic Books. Second edition.

Cet ouvrage analyse l'aspect social du risque technologique. Charles Perrow soutient que l'approche technologique classique visant à assurer la sécurité—fondée sur un plus grand nombre de mises en garde et de mesures des protection—est inefficace parce que la complexité des systèmes rend les défaillances inévitables. Il affirme qu'en ajoutant à la complexité des systèmes, les précautions typiques peuvent même favoriser la création de nouvelles catégories d'accidents. (À Tchernobyl, les essais effectués sur un nouveau système de sécurité ont provoqué la fusion du cœur du réacteur et l'incendie qui en est résulté.) En partant du principe que le risque comporte deux dimensions—interactions complexes par rapport à interactions linéaires, et coordination serrée par rapport à coordination souple—ce livre fournit un excellent cadre pour analyser les risques et les organismes qui insistent pour que nous les gérions.

Reason, J. (1997). « Engineering a Safety Culture ». *Managing the Risks of Organizational Accidents*. Aldershot, England, Ashgate Publishing: 191-222.

Reason passe en revue les éléments d'une culture de sécurité et analyse les étapes à suivre pour la créer. Il fait observer qu'une culture de sécurité est aussi une « culture juste » où les membres comprennent tous qu'il doit y avoir un équilibre entre l'immunité offerte aux personnes qui signalent les mesures résultant des défaillances du système et l'identification des personnes qui, dans de rares situations, adoptent des comportements imprudents, négligents ou malveillants.

Helmreich, R. L. et A. C. Merritt. (1998). *Culture at Work in Aviation and Medicine: National, Organizational and Professional Influences*. Aldershot, UK: Ashgate.

Les auteurs expliquent comment la culture influe sur la sécurité et rendent compte d'études sur les attitudes des pilotes et des médecins à l'égard de la sécurité et du travail d'équipe. Ils expliquent comment la formation en gestion des ressources en équipe (CRM) aborde les questions culturelles professionnelles. Par ailleurs, ils mettent en évidence les points communs qui existent entre un poste de pilotage et une salle d'opération, tout en faisant observer que le domaine de l'aviation a pris énormément d'avance à cet égard.

Vaughn, D. (1996). *The Challenger Launch Decision: Risky Technology, Culture and Deviance at NASA*. Chicago, University of Chicago Press.

Vaughn analyse le drame de l'explosion en plein vol de la navette spatiale Challenger, qui vient démentir les interprétations classiques des erreurs de gestion. L'auteure présente un compte rendu historique qui s'articule autour de deux questions : Pourquoi la NASA a-t-elle procédé au lancement d'une autre navette si elle savait que le design de l'appareil comportait des points faibles? Pourquoi la NASA a-t-elle procédé au lancement de la navette Challenger malgré les objections formulées par les ingénieurs la veille du lancement? Selon Vaughn, la catastrophe du Challenger constitue un bon exemple de « normalisation d'une aberration » où les forces sociales et environnementales ont agi de façon à rendre acceptables des décisions comportant des risques élevés. De façon plus générale, Vaughn avance que les normes et les structures sociales exercent une influence sur les erreurs, les accidents et les catastrophes. Les « causes » de ce drame ont été attribuées à la nature routinière de la vie organisationnelle ainsi qu'aux mécanismes décisionnels et à la culture de la NASA. Le problème ne réside pas dans des erreurs de gestion, mais plutôt dans un ensemble plus complexe de structures et de mesures qui sont liées aux sources de pouvoir et à la culture au sein de cet organisation.

Weick, K. E. (2001). « Organizational culture as a source of high reliability ». Dans K. E. Weick (eds.). *Making Sense of the Organization*, Malden, MA, Blackwell Publishers: 330-344.

L'auteur décrit de quelle façon la culture d'une organisation contribue à sa sécurité et à sa fiabilité. Si l'on veut améliorer la fiabilité, il faut ajouter aux facteurs classiques qui la favorisent, tels que la formation, la structure et la redondance, des pratiques qui consistent à se raconter des anecdotes et à se faire confiance.

Westrum, R. (1993). « Cultures with Requisite Imagination ». Pp. 401-416, dans J. A. Wise, V. D. Hokin et P. Stager (eds.) *Verification and Validation of Complex Systems: Human Factors Issues*. Berlin: Springer-Verlag.

Westrum compare trois types de cultures : les cultures pathologiques, les cultures bureaucratiques et les cultures génératrices. Les cultures génératrices encouragent les gens à faire connaître leurs idées; les cultures bureaucratiques ne tiennent pas compte des nouvelles idées et les cultures pathologiques les étouffent. L'auteur donne des exemples où des cultures pathologiques et bureaucratiques ont entraîné des catastrophes, telles que celles du télescope Hubble et des valvules cardiaques de Bjork-Shiley. Les membres et les organisations dotés de cultures efficaces ont toute la latitude voulue pour penser, qu'ils utilisent pour déceler les défaillances potentielles. De telles organisations comptent souvent sur de nombreuses mesures et disposent d'un expert en technologie, c'est-à-dire d'un leader d'une grande rigueur et possédant un vaste champ d'attention.

Reason, J. (1998). « Achieving a safe culture: theory and practice ». *Work and Stress* **12**(3): 293-306.

Cet ouvrage traite de quatre aspects de la culture de sécurité : trois aspects théoriques et un aspect pratique. Le premier aspect concerne les raisons pour lesquelles une culture non sécuritaire aura tendance à provoquer des accidents organisationnels plutôt qu'individuels. C'est l'omniprésence de la culture qui fait qu'elle est propice à la création et au maintien des lacunes colinéaires dans les mécanismes de défense profonds par lesquelles doit passer la trajectoire de l'accident. Le deuxième aspect a trait aux adaptations pathologiques. L'auteur analyse deux exemples : la Royal Navy du milieu du XIX^{e} siècle et le réacteur de Tchernobyl. Le troisième aspect porte sur les types d'accidents qui se répètent ainsi que sur le rôle des facteurs culturels à l'origine d'accidents types. Enfin, le quatrième aspect concerne la question pratique visant à déterminer s'il est possible de mettre en place une culture de sécurité. L'auteur soutient qu'une culture de sécurité est une culture informée qui, à son tour, dépend de la création d'une culture de communication efficace, étayée par une culture juste où la distinction entre un comportement acceptable et un comportement inacceptable est clairement définie et comprise.

Rôles de premier plan

Berwick, D. M. et L. L. Leape (1999). « Reducing errors in medicine - It's time to take this more seriously ». *British Medical Journal* **319**(7203): 136-137.

Court article de la rédaction qui incite les chefs de file en soins de santé à obtenir les mêmes résultats sur le plan de la sécurité que d'autres industries, telles que l'aviation.

Reinertsen, J. L. (2000). « Let's talk about error: Leaders should take responsibility for mistakes ». *British Medical Journal* **320**(18 March): 730.

Reinertson recommande qu'on se concentre davantage sur les erreurs liées aux soins de santé, soulignant que tous les leaders assument la responsabilité d'attirer l'attention des professionnels de la santé et de la société sur ce problème et sur sa résolution.

Ohlhauser, L. et D. P. Schurman (2001). « National Agenda: Local Leadership ». *Healthcare Papers* **2**(1): 77-78.

Selon les auteurs, le meilleur moyen de prévenir les erreurs liées aux soins de santé consiste à apporter un changement culturel. Le changement doit se faire au niveau provincial, et les organismes de réglementation professionnelle doivent jouer un rôle prépondérant à cet égard.

Conway, J. B. (2000). *Strategies for Leadership: Hospital Executives and Their Role in Patient Safety*. Chicago, IL, American Hospital Association: 12.

Il s'agit ici d'un outil d'évaluation qui énumère des activités clés pour les dirigeants d'hôpitaux et d'autres leaders qui souhaitent prendre une part active dans l'amélioration de la sécurité des patients et mettre également leurs organismes à contribution.

Weingart, S. (2000). « Making medication safety a strategic organizational priority ». *Joint Commission Journal on Quality Improvement* **26**(6): 341-348.

L'auteur trace les grandes lignes de la stratégie d'un organisme en ce qui concerne la prévention des erreurs de médicaments et s'inspire de cette expérience pour examiner les changements et le leadership nécessaires pour atteindre cet objectif.

Stratégies organisationnelles

Knox, G. E., M. Kelley et coll. (1999). « Downsizing, reengineering and patient safety: numbers, newness and resultant risk ». *Journal of Healthcare Risk Management* **19**(4): 18-25.

La compression des effectifs et la restructuration peuvent avoir des effets néfastes sur les soins dispensés aux patients. De tels changements visent à accroître la productivité ou à réduire les coûts de fonctionnement, objectifs en fonction desquels leurs résultats sont mesurés. Toutefois, on accorde moins d'attention aux effets préjudiciables que pourraient avoir de telles mesures sur la sécurité des patients ou les stratégies qui pourraient être mises sur pied en vue de minimiser ces risques.

Reason, J. T. (1997). *Managing the Risks of Organizational Accidents*. Aldershot, England, Ashgate Publishing.

Ouvrage faisant autorité, qui définit la nature et les sources d'accidents organisationnels, les moyens de défense contre ces accidents ainsi que les stratégies visant à créer des organisations plus sécuritaires. Reason présente des idées et des approches importantes qui permettraient de mettre le doigt sur les points faibles, d'élaborer des moyens de défense plus efficaces et de créer une culture organisationnelle favorable à des activités plus sécuritaires.

Grabowski, M. et K. Roberts (1997). « Risk Mitigation in Large-Scale Systems: Lessons from High Reliability Organizations ». *California Management Review* **39**(4): 152-162.

D'après les auteurs, si nous voulons gérer les organisations de façon à y réduire le risque de résultats catastrophiques, nous devrions porter notre attention non plus sur des organisations individuelles, mais sur des systèmes d'organisations. Les mesures d'atténuation des risques applicables à des systèmes de grande envergure sont inspirées de la recherche sur les organisations à haute fiabilité. Ce document est axé sur les caractéristiques communes aux deux types de systèmes – qui incluent l'autonomie et l'interdépendance simultanées, les conséquences prévues et imprévues des comportements, les longues périodes d'incubation au cours desquelles des problèmes peuvent survenir et la migration des risques - et montre comment les principes de l'atténuation des risques, tirés de la recherche sur les organisations à haute fiabilité, peuvent être appliqués à des systèmes de grande envergure.

Weick, K. et K. Roberts (1993). « Collective mind in organizations: Heedful interrelating on flight decks ». *Administrative Science Quarterly* **38**: 357-381.

La haute fiabilité dépend du développement de ce que les auteurs appellent l'« esprit collectif ». S'inspirant de la recherche sur les ponts d'envol des porte-avions, les auteurs soutiennent que la sécurité est liée à la performance de l'équipe au sein de laquelle la vigilance est élevée et les membres connaissent et prévoient les actions des autres. L'équipe sur le pont d'envol doit comprendre les actions de tous pour pouvoir travailler efficacement.

Birkmeyer JD, Finlayson EV et coll. (2001). « Volume standards for high-risk surgical procedures: potential benefits of the Leapfrog initiative ». *Surgery* **130**(3): 415-22.

Les auteurs exposent la raison d'être des normes sur le nombre de patients pour cinq interventions chirurgicales à haut risque ainsi que la méthode d'élaboration de ces normes. Celles-ci s'inscrivent dans le contexte d'une initiative prise par une importante coalition d'employeurs, le Leapfrog Group, qui a pour objectif d'améliorer la sécurité dans les hôpitaux. Les auteurs de cet article indiquent les sources des normes en se servant de données tirées d'un échantillon de patients des É.-U. afin d'estimer le nombre total de chacune des cinq interventions – pontage coronarien, réparation d'un anévrisme de l'aorte abdominale, angioplastie coronarienne, oesophagectomie et endartériectomie carotidienne – réalisées chaque année dans les hôpitaux des régions métropolitaines des États-Unis. Ils projettent ensuite l'efficacité des normes sur le nombre de patients (en fonction des risques relatifs de mortalité) pour chaque intervention en se fondant sur les données d'une analyse documentaire structurée. L'analyse révèle que l'application intégrale des normes du Leapfrog Group permettrait de sauver 2 581 vies par an. Ainsi, elles permettraient de sauver, par ordre décroissant, 1 486 vies dans le cas de pontage coronarien, 464 vies dans les cas de réparation de l'aorte abdominale, 345 vies dans les cas d'angioplastie coronarienne, 168 vies dans les cas d'oesophagectomie et 118 vies dans les cas d'endartériectomie.

3.1.7 Principaux documents d'orientation et rapports sur les erreurs liées aux soins de santé et la sécurité des patients

Le lecteur trouvera ci-après une liste des principaux documents produits au Canada, aux États-Unis, en Australie et au Royaume-Uni, qui ont influencé les initiatives en matière de sécurité des patients. Ces documents ont eu un profond impact sur la mise en œuvre d'activités dans les domaines de la sécurité des patients et des erreurs liées aux soins de santé dans les pays où ils ont été diffusés.

Rapports canadiens

Sinclair, C. M. (2000). *Report of the Manitoba Pediatric Cardiac Surgery Inquest: An Inquiry into Twelve Deaths at the Winnipeg Health Science Centre in 1994*. Winnipeg, Manitoba Provincial Court. Accessible à l'adresse suivante : www.pediatriccardiacinquest.mb.ca (site consulté le 22 janvier 2002)

Il s'agit d'une enquête détaillée et très facile à lire sur le décès de 12 patients pédiatriques ayant subi une chirurgie cardiaque au Health Science Centre de Winnipeg. Le rapport du juge Sinclair met en lumière les défaillances de l'organisme et du système qui ont abouti au décès de ces patients. Le ministre de la Santé du Manitoba a créé un comité d'examen et de mise en œuvre qui a élaboré une réponse détaillée au rapport. (Cette réponse est accessible sur Internet à l'adresse suivante : http://www.gov.mb.ca/health/cardiac.)

Commission d'enquête sur l'approvisionnement en sang au Canada (Commission Krever). (1997). *Rapport final*. Ottawa : Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.

Le rapport Krever présente un survol détaillé des événements entourant le scandale du sang contaminé au cours des années 80 et rend compte des conclusions que la Commission d'enquête a tirées des témoignages de plus de 400 témoins qui ont comparu devant elle. Dans son rapport, le juge Krever fait 50 recommandations qu'il a élaborées après avoir entendu les représentants de différentes autorités provinciales et nationales et les représentants officiels du secteur de la santé, ainsi que des personnes qui ont été infectées ou dont la vie a été perturbée par du sang contaminé. Le rapport renferme une excellente comparaison du système du sang canadien avec les systèmes d'autres pays.

Rapports d'autres pays

Kohn, L. T., J. M. Corrigan et coll., Eds. (1999). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC, National Academy Press.

National Expert Advisory Group on Safety and Quality in Australian Health Care (1999). *Implementing safety and quality enhancement in health care*. Canberra, Australia, Commonwealth of Australia Department of Health and Aged Care: 49.

National Health Service [U.K.] (2000). *An organisation with a memory: Report of an expert group on learning from adverse events in the NHS chaired by the Chief Medical Officer*. Norwich, UK, Department of Health: 91.

National Patient Safety Foundation [US] (1999). *Agenda for Research and Development in Patient Safety*.

US. Quality Interagency Coordination Task Force (QuIC) (2000). *Doing what counts for patient safety: Federal actions to reduce medical errors and their impact*. Washington, DC: Quality Interagency Task Force. Accessible à l'adresse suivante : www.quic.gov/report/toc.htm

Le président Clinton a établi un groupe de travail représentant le ministère fédéral chargé des soins de santé. Selon le rapport du groupe de travail, les organismes visés peuvent répondre aux questions soulevées dans le rapport de l'IOM, intitulé « *To Err is Human* ».

United States General Accounting Office (GAO) (2000). *Adverse drug events: The Magnitude of Health Risk is Uncertain Because of Limited Incidence Data*. Washington, DC, GAO: 47.

3.1.8 Formation professionnelle

Council on Graduate Medical Education (COGME) and National Advisory Council on Nurse Education and Practice (NACNEC) (2000). *Collaborative Education to Ensure Patient Safety*. Washington, DC, Bureau of Health Professions, Health Resources and Services Administration, US Department of Health and Human Services: 150. Accessible à l'adresse suivante : http://www.bhpr.hrsa.gov/dn/nacnep/patientsafety.htm.

Recueil de documents élaborés par des conseils consultatifs nationaux dans le domaine de la médecine et des soins infirmiers aux É.-U., dans le cadre d'une initiative visant à améliorer la sécurité des patients. La réunion a abouti à cinq grandes conclusions : 1) on ne peut assurer la sécurité des patients sans adopter des approches interdisciplinaires de l'exercice des professions; 2) il est peu probable que la sécurité des patients s'améliore à un rythme satisfaisant sans changements radicaux; 3) il faut faire face aux lacunes du système actuel afin de mettre en place un système de santé vraiment axé sur la sécurité; 4) un changement culturel fondamental s'impose en médecine et en soins infirmiers si l'on veut atteindre les objectifs voulus en matière de sécurité des patients; 5) la sécurité des patients repose sur leur acculturation à la nécessité de participer activement à leurs propres soins de santé. Plusieurs documents clés sont énumérés ci-dessous.

Headrick, L.A. (2000). « Learning To Improve Complex Systems of Care », pp. 75-88, dans *Collaborative Education to Ensure Patient Safety. Report to*

Secretary of US Department of Health and Human Services and Congress. Washington, DC: Health Resource and Services Administration, DHHS.

Kaplan, H.S. et J.B. Battles. « Managing Error for System Improvement », pp. 34-46 dans *Collaborative Education to Ensure Patient Safety. Report to Secretary of US Department of Health and Human Services and Congress.* Washington, DC: HRSA.

Wakefield, M. et E.T. O'Grady. (2000). « Putting Patients First: Improving Patient Safety Through Collaborative Education », pp. 20-32 dans *Collaborative Education to Ensure Patient Safety. Report to Secretary of US Department of Health and Human Services and Congress*. Washington, DC: Health Resource and Services Administration, DHHS.

Croskerry, P., R. L. Wears et coll. (2000). « Setting the educational agenda and curriculum for error prevention in emergency medicine ». *Academic Emergency Medicine* **7**(11): 1194-200.

Dans le contexte de la formation médicale et de la formation médicale postdoctorale, on enseigne la sécurité dans les soins aux patients en inculquant aux étudiants un sens profond des responsabilités. Afin d'améliorer la sécurité, la formation médicale devra commencer à introduire de nouveaux concepts tirés des « sciences de la sécurité », tout en préservant les valeurs telles que l'engagement et le sens des responsabilités. Dans le domaine de la médecine d'urgence, la formation doit être axée sur deux objectifs connexes. Premièrement, il faut former un groupe de praticiens ayant reçu une formation en sécurité, qui peuvent comprendre et mettre en œuvre des pratiques innovatrices de sécurité dans leurs milieux cliniques et qui joueront un rôle prépondérant dans l'évolution de la culture professionnelle. Deuxièmement, la médecine d'urgence doit créer un groupe d'enseignants et de chercheurs qui peuvent commencer à approfondir leur compréhension du maintien de la sécurité dans les soins d'urgence, mettre au point des solutions efficaces dans des services d'urgence et transmettre à d'autres ces connaissances et ses idées innovatrices. Les auteurs décrivent brièvement les détails des éléments de formation. Enfin, il faudra examiner attentivement la façon dont ces principes sont enseignés. Il semble peu probable qu'une série de lectures et de cours magistraux suffise. L'analyse de cas concrets, qu'on complétera par des simulations haute-fidélité, semble être un moyen prometteur d'offrir une meilleure formation dans le domaine de la sécurité des patients.

Barach, P. (2000). « Patient safety curriculum ». *Academic Medicine* **75**(5): 551-2.

L'auteur décrit un programme de formation en trois parties sur la sécurité des patients, qui s'inscrit dans le cadre des programmes de résidence en anesthésie affiliés à la Harvard Medical School. Les cinq principales difficultés abordées dans le cadre de ce programme étaient l'erreur humaine, les systèmes de déclaration des erreurs, l'évaluation des systèmes, l'ergonomie et la simulation médicale réaliste. La partie 1 du programme de formation consistait à faire participer plus de 600 résidents à des simulations de crise réelle mises en scène (depuis 1994) dans une fausse salle d'opération, ainsi qu'à organiser des séances de débreffage et à leur fournir du matériel didactique sur la gestion des incidents critiques. La partie 2 consistait à mener auprès des médecins d'établissement une enquête confidentielle sur l'utilité des simulateurs, enquête approuvée par le comité de révision. Les résultats de l'enquête ont montré que, de l'avis des résidents, la simulation et le programme de formation en sécurité permettraient d'améliorer leur formation, leurs compétences cliniques ainsi que la qualité des soins aux patients. Enfin, la partie 3 consistait à créer à l'intention des résidents un cours facultatif agréé d'un mois, axé sur les cinq difficultés cernées. Le cours, fondé sur les principes d'apprentissage des adultes, comprend deux volets : apprendre comment créer des scénarios simulés, comment faire fonctionner le simulateur et comment procéder au débreffage des incidents critiques; le reste du temps est consacré à une étude indépendante comportant des lectures dirigées axées sur des documents fournis par le centre de simulation. Chaque résident est censé créer un scénario clinique original qui servira à de futures simulations cliniques.

Devitt, J., M. Kurrek et coll. (1997). « Testing the raters: inter-rater reliability of standardized anaesthesia ». *Journal canadien d'anesthésie* **44**(9): 924-8.

Les auteurs évaluent le recours à un simulateur d'anesthésie pour obtenir une évaluation plus structurée et plus standardisée de la performance d'un médecin. On ne sait pas dans quelle mesure l'utilisation du simulateur à cette fin est fiable. Deux scénarios cliniques d'une heure ont été élaborés, chacun présentant cinq problèmes liés à l'anesthésie. Pour chacun des problèmes, une échelle de notation définissait les notes pouvant être attribuées (aucune réponse = 0; intervention de compensation définie comme une correction physiologique = 1; traitement correctif défini comme un traitement définitif = 2). Des enregistrements magnétoscopiques, devant servir à évaluer le coefficient d'objectivité, ont été produits pendant l'exercice de simulation. Chacun des deux scénarios a été enregistré trois fois; donc, au total, il a fallu évaluer 30 événements. Deux anesthésistes, qui n'avaient pas participé à l'élaboration de l'étude et des scénarios cliniques, ont examiné et noté indépendamment

chacun des 30 problèmes. Les notes accordées par les deux observateurs ont ensuite été comparées à l'aide du test de concordance Kappa. Les auteurs ont constaté que les évaluations des observateurs concordaient parfaitement dans 29 des 30 cas. Le coefficient d'objectivité était excellent (= 0,96, P < 0,001). Ils ont donc conclu que la notation des enregistrements magnétoscopiques de la performance des anesthésistes dans le cadre d'une simulation peut servir à l'évaluation de la performance. Toutefois, il reste à déterminer la validité des scénarios et le système de notation pour l'évaluation de la performance des cliniciens.

3.1.9 Leçons tirées d'autres industries

Amalberti, R. (2001). « The paradoxes of almost totally safe transportation systems ». *Safety Science* **37**(2-3): 109-126.

La sécurité repose sur un principe simple : l'élimination complète des défaillances techniques et des erreurs humaines. Cet article tente de remettre en perspective cette approche fondée sur le bon sens dans le cas des systèmes ultra-sécuritaires où le rendement en matière de sécurité atteint le chiffre mythique d'un accident désastreux sur 10 millions d'événements (10(-7)). Trois messages sont véhiculés : 1) les solutions visant à améliorer la sécurité dépendent du niveau global de sécurité du système; lorsque la sécurité s'améliore, ces solutions ne devraient pas être optimisées davantage; il faut se contenter de les mettre en œuvre telles quelles (de manière à maintenir le niveau de santé et de sécurité obtenu) et de les compléter par de nouvelles solutions (c.-à-d. ajout plutôt qu'optimisation); 2) le maintien et l'optimisation linéaire de solutions dont l'efficacité est en baisse peut entraîner une série de paradoxes qui, tôt ou tard, remplaceront le système à risque et nuiront au rendement obtenu à l'origine en matière de sécurité; 3) après avoir examiné brièvement les ambiguïtés de la définition de l'erreur humaine et l'évolution de la recherche dans ce domaine, l'auteur de cet article montre, au moyen d'enquêtes et d'exemples industriels récents, que les erreurs jouent un rôle essentiel dans l'acquisition et l'efficacité de la sécurité, tant au niveau individuel qu'au niveau collectif.

Battles, J. B. (2001). « Disaster prevention: Lessons learned from the Titanic ». *Baylor University Medical Center Proceedings* **14**: 150-153.

Battles analyse les erreurs commises lors du naufrage du Titanic, puis les compare aux erreurs qui surviennent dans les soins de santé. Il établit comme parallèles clés la culture organisationnelle, l'accent mis sur le blâme individuel et le fait de ne pas avoir décelé les faiblesses potentielles du système. Les

erreurs latentes sont celles qui contribuent le plus aux incidents, et les solutions technologiques ne permettent pas vraiment de prévenir l'imprévisible.

Maurino, D. E., J. Reason et coll. (1995). *Beyond Aviation Human Factors: Safety in High Technology Systems*. Aldershot, UK, Ashgate.

Les auteurs traitent du rôle des facteurs humains dans la sécurité aérienne et analysent des moyens de gérer les erreurs en vue d'en minimiser leur fréquence et leurs répercussions. Ils soulignent les progrès réalisés sur le plan de la sécurité des vols, depuis l'élaboration de stratégies organisationnelles jusqu'à l'amélioration de la coordination et de la communication au niveau de l'équipage technique.

Helmreich, R. L. et J. M. Davies (1997). « Anaesthetic simulation and lessons to be learned from aviation ». *Journal canadien d'anesthésie* **44**(9): 907-12.

Les auteurs étudient l'utilisation de simulateurs dans le domaine de la formation en anesthésie et la compare à l'élaboration et à l'emploi de simulateurs dans le domaine de l'aviation. Dans le domaine de l'anesthésie, la simulation convient davantage à l'évaluation des compétences des individus, alors que dans celui de l'aviation, elle permet de tester tant les compétences des individus que les compétences des équipes

Helmreich, R. L. (1997). « Managing human error in aviation ». *Scientific American* **276**(5): 62-7.

Les erreurs commises par les équipages techniques contribuent à plus des deux tiers des accidents d'aviation. La formation destinée à améliorer la performance des équipes peut réduire le nombre d'erreurs fatales potentielles. La FAA a décidé de rendre obligatoire la formation en gestion des ressources en équipe (CRM) pour les équipages techniques de tous les transporteurs aériens nationaux et régionaux. Lorsque vient le moment de choisir des candidats pour des postes de pilotes, les compagnies aériennes attachent désormais de l'importance non seulement aux compétences techniques, mais également à la capacité de fonctionner en tant que membres d'une équipe. Les leçons tirées de la formation CRM dans le domaine de l'aviation et des données sur la performance des équipes techniques en situation de stress sont appliquées à d'autres professions à haut risque, y compris en médecine.

3.2 Enquête postale

3.2.1 Taux de réponse

Les questionnaires ont été distribués par la poste au personnel et aux services appropriés de 170 organismes répartis dans les différentes régions du Canada (69 associations et ordres professionnels et 101 établissements de santé). En tout, 48 questionnaires remplis ont été retournés par la poste ou par fax (23 par des associations et ordres professionnels et 25, par des établissements de santé). Le tableau 1 illustre les réponses à l'enquête. Dans l'ensemble, le taux de réponse à l'enquête était de 33 %, le taux de refus, de 4 % et le taux estimé de non-réponse, de 63 %.

Tableau 3. Taux de réponse

État du questionnaire	Établissements de santé	Associations et ordres professionnels	Nombre global
A. Envoi initial	101	70*	171
B. Nombre total de questionnaires remplis	25	23*	48
C. Nombre de questionnaires non remplis	76	47	123
Raisons pour lesquelles les questionnaires n'ont pas été remplis			
D. Questionnaire envoyé à la mauvaise personne	4	2	6
E. Questionnaire envoyé deux fois à la même personne pour deux organismes différents	2	0	2
F. Refus – On avait répondu à l'enquête téléphonique.	0	3	3
G. Refus – On a reçu le questionnaire trop tard, on était trop occupé.	4	2	6
H. Refus – On pensait que le questionnaire ne concernait pas l'organisme ou qu'on ne travaillait pas depuis suffisamment longtemps pour le remplir.	5	7	12
I. Raison inconnue – Aucune réponse.	61	33	94
Taux de réponse = B/A-(D+E+F+H)	28 %	39 %	32 %
Taux de refus = G/A-(D+E+F+H)	4 %	3 %	4 %
Non-réponse estimée = I/A-(D+E+F+H)	68 %	57 %	64 %

*Un organisme avait été classé à l'origine comme un établissement de santé, mais il a demandé qu'on lui envoie un questionnaire destiné aux ordres et associations parce qu'il pensait que les questions étaient plus pertinentes dans son cas. Il a donc retourné un questionnaire destiné aux ordres et associations. Son cas est pris en compte dans les totaux de l'envoi initial.

Les tableaux 3a et 3b présentent la distribution des types d'organismes ayant répondu à l'enquête postale. Des répondants de tous les types d'organismes ont pris part à cette enquête.

Tableau 3a. Types d'organismes ayant répondu à l'enquête postale

Caractéristique	Établissements de santé – Nombre de répondants (N)	Ordres et associations – Nombre de répondants (N)	Nombre global de répondants (% ligne)	Nombre valide total (N)
Centre de santé communautaire (CSC)	3		3 (21 %)	11
Hôpital communautaire	5		5 (16 %)	26
Organisme de soins à domicile	5	1*	6 (38 %)	10
Grand hôpital universitaire	5		5 (31 %)	11
Établissement de soins de longue durée	2		2 (17 %)	10
Petit hôpital	5		5 (21 %)	19
Organisme gouvernemental		1	1 (17 %)	5
Organisme national		7	7 (32 %)	15
Association professionnelle		6	6 (23 %)	20
Ordre professionnel		8	8 (30 %)	19
TOTAL	25	23	48 (33 %)	146

* Un organisme avait été classé à l'origine comme un établissement de santé, mais il a demandé qu'on lui envoie un questionnaire destiné aux ordres et associations parce qu'il pensait que les questions étaient plus pertinentes dans son cas. Il a donc retourné un questionnaire destiné aux ordres et associations.

On observe le taux de réponse le plus faible dans les centres de santé communautaire (16 %) ainsi que dans les établissements de soins de longue durée et les organismes gouvernementaux (17 %), et le taux le plus élevé dans les organismes de soins à domicile (38 %). On n'a pas établi de lien entre la distribution des personnes ayant indiqué qu'elles étaient trop occupées pour répondre à l'enquête et un type quelconque d'organisme. Les autres raisons de la non-réponse sont inconnues.

Toutes les régions du Canada étaient représentées par les répondants; cependant, l'Ontario, la Saskatchewan et le Manitoba étaient plus représentés que les autres régions. Aux fins de cette analyse, les organismes gouvernementaux ont été inclus avec les associations et les ordres professionnels, puisqu'ils ne sont pas, à proprement parler, des organismes de prestation de soins de santé.

Tableau 3b. Région des répondants à l'enquête postale

Caractéristique	Établissements de santé – Nombre de répondants (N)	Ordres et associations – Nombre de répondants (N)	Nombre global de répondants (% ligne)	**Nombre valide total**
Atlantique	3	2	5 (23 %)	22
Québec	5	3	8 (27 %)	30
Ontario	11	3	14 (45 %)	31
Sask., Manitoba	2	3	5 (45 %)	11
Alberta	2	4	6 (43 %)	14
C.-B.	2	1	3 (14 %)	21
Échelle nationale		7	7 (41 %)	17
TOTAL	25	23	48	146

3.2.1.1. Description des non-répondants : résultats des appels de relance

Au cours de la semaine du 8 octobre, les participants qui n'avaient pas encore répondu ont reçu un appel de relance. Cet appel avait pour but de leur demander les raisons pour lesquelles ils n'avaient pas répondu et de les inciter à participer à l'enquête. Ceux qui ont reçu un questionnaire avaient le choix de le retourner à SWC, accompagné de documents supplémentaires, soit par la poste, en se servant de l'enveloppe affranchie et adressée, soit par fax. L'annexe G renferme un diagramme illustrant le taux de réponse. Les résultats des appels de relance sont présentés ci-dessous :

- Sur les 58 non-répondants auxquels on a laissé des messages leur demandant : a) de remplir le questionnaire et de le faxer ou de l'envoyer par la poste à SWC, b) d'appeler le chef de projet s'ils avaient perdu le questionnaire ou de lui envoyer un courriel et c) d'appeler le chef de projet ou de lui envoyer un courriel en lui indiquant les raisons pour lesquelles ils rempliraient ou ne rempliraient pas le questionnaire :
  - cinquante-quatre n'ont pas répondu (6 CSC, 16 hôpitaux communautaires, 2 organismes gouvernementaux, 2 organismes de soins à domicile, 5 grands hôpitaux universitaires, 4 établissements de soins de longue durée, 5 organismes nationaux, 4 associations professionnelles, 1 ordre professionnel, 9 petits hôpitaux), et
  - quatre organismes ont retourné le questionnaire après les appels téléphoniques - deux questionnaires ont été ajoutés à des fins d'analyse de données (2 hôpitaux communautaires), et deux ont été reçus trop tard pour être inclus dans l'analyse de données (1 organisme de soins à domicile et un organisme inconnu – le numéro d'identification avait été enlevé).
- Sur les 21 non-répondants qui ont reçu un courriel renfermant les mêmes demandes que celles des appels de relance (voir ci-dessus – des courriels

ont été envoyés à ces organismes vu que le recours à ce moyen de communication pour fixer des rendez-vous avec des participants de l'enquête téléphonique avait donné de bons résultats) :

- vingt organismes n'ont pas répondu (3 hôpitaux communautaires, 2 établissements de soins de longue durée, 3 organismes nationaux, 4 associations professionnelles, 7 ordres professionnels, 1 petit hôpital);
- une association professionnelle a répondu au courriel, mais n'a pas envoyé de questionnaire.

- Sur les 37 non-répondants contactés :
  - Quatre ont indiqué qu'ils avaient transmis le questionnaire à la personne appropriée, car ils ne pensaient pas être la personne indiquée pour le remplir (1 CSC, 1 association professionnelle, 2 petits hôpitaux). Un appel de relance a été effectué auprès de ces personnes, mais celles-ci n'ont pas répondu au message.
  - Trois non-répondants avaient déjà répondu à l'enquête téléphonique et ne pensaient pas qu'ils soient nécessaire de remplir le questionnaire (2 organismes nationaux et 1 ordre professionnel).
  - Deux non-répondants avaient été contactés deux fois – ils travaillaient pour plusieurs organismes et ne voyaient pas la nécessité de répondre à la même enquête deux fois (1 grand hôpital universitaire et 1 hôpital communautaire).
  - Dix-huit non-répondants ont refusé de remplir le questionnaire. Plusieurs raisons ont été invoquées, notamment les suivantes :
    a) Ne travaille pas dans cet organisme depuis suffisamment de temps pour remplir le questionnaire (1 non-répondant - 1 petit hôpital).
    b) L'enquête ne concerne pas l'organisme (11 non-répondants - 2 CSC, 1 organisme gouvernemental, 2 organismes de soins à domicile, 2 organismes nationaux, 3 associations professionnelles, 1 ordre professionnel).
    c) Cinq non-répondants ont indiqué être trop occupés pour remplir le questionnaire (1 hôpital communautaire, 1 organisme gouvernemental, 1 organisme de soins à domicile, 1 association professionnelle, 1 grand hôpital universitaire).
  - Dix non-répondants ont demandé qu'on leur fasse parvenir un autre questionnaire par fax. Parmi eux :
    - neuf n'ont pas rempli le questionnaire (1 organisme de soins à domicile, 1 établissement de soins de longue durée, 2 organismes nationaux, 2 ordres professionnels, 2 petits hôpitaux, 1 CSC).
    - un organisme a rempli un questionnaire (1 organisme de soins à domicile).
- Six non-répondants ont mentionné que le questionnaire avait été envoyé à la mauvaise personne. On a essayé de contacter la bonne personne, mais en vain (2 petits hôpitaux, 1 hôpital communautaire, 1 établissement de soins de longue durée, 1 organisme gouvernemental, 1 grand hôpital universitaire). Le grand hôpital universitaire a expliqué qu'il aurait pu remplir

le questionnaire, mais comme celui-ci avait été envoyé à la mauvaise personne, il n'avait plus le temps de le faire.
- Cinq non-répondants n'ont pu être contactés (1 association professionnelle, 1 organisme gouvernemental, 1 petit hôpital, 1 établissement de soins de longue durée et 1 organisme de soins à domicile).

3.2.2 Résultats des questionnaires postaux

Les résultats des questionnaires postaux sont présentés dans les sections suivantes. L'annexe C contient une analyse des commentaires libres.

3.2.2.1 Principales questions concernant la sécurité des patients

On a demandé aux établissements de santé, ainsi qu'aux associations et aux ordres professionnels, quelles étaient les principales questions concernant la sécurité des patients ou les principales erreurs liées aux soins de santé auxquelles ils (ou les membres de leur organisme) faisaient face aujourd'hui. Les principaux thèmes qui ont été dégagés par les établissements de santé et les ordres et les associations figurent au tableau 4 et sont décrits plus en détail à la suite du tableau.

Tableau 4. Questions concernant la sécurité des patients ou erreurs liées aux soins de santé relevées par les répondants

Thème	Établissements de santé	Ordres et associations
Erreurs de médicaments	100 % (N=25)	91 % (N=21)
Chutes et/ou préjudices dus aux dispositifs de contention	88 % (N=22)	9 % (N=2)
Autres préjudices accidentels	32 % (N=8)	-
Erreurs de communication et de documentation	24 % (N=6)	87 % (N=20)
Erreurs liées à l'accès/attente	40 % (N=10)	39 % (N=9)
Mauvais traitements	24 % (N=6)	9 % (N=2)
Erreurs de diagnostic	4 % (N=1)	39 % (N=9)
Facteurs humains	12 % (N=3)	39 % (N=9)
Erreurs liées à la marche à suivre	36 % (N=9)	13 % (N=3)
Infections/plaies	16 % (N=4)	17 % (N=4)

Formation axée sur les compétences/ Compétences du personnel	20 % (N=5)	9 % (N=2)
Erreurs dues à une défaillance du matériel	16 % (N=4)	4 % (N=1)

- **Erreurs de médicaments** : Cette catégorie comprend tous les types d'erreurs de médicaments. Certains répondants ont indiqué des erreurs particulières, telles que les erreurs se rattachant à la dose (mauvaise dose, dose administrée trop tard, dose oubliée), l'administration d'un médicament au mauvais patient, l'administration du mauvais médicament à un patient, les erreurs dues à une écriture ou une étiquette difficile à lire.

- **Chutes et/ou préjudices dus aux dispositifs de contention** : Il s'agit des chutes et/ou des préjudices résultant de l'utilisation de dispositifs de contention.

- **Autres préjudices accidentels** : Blessures que le patient s'est infligé ou préjudices causés par les soins infirmiers et/ou une défaillance du matériel.

- **Erreurs de communication et de documentation** : Ces erreurs comprennent les prescriptions manquantes d'un médecin, les erreurs de communication à la suite d'un don d'organe, les erreurs d'identification, la prestation de soins non appropriés en raison d'une erreur de communication, une erreur de communication ou un manque de communication entre les médecins et les clients, les infirmières et/ou les fournisseurs de soins à domicile et les patients, les médecins et les infirmières, ou entre les médecins.

- **Erreurs liées à l'accès / attente** : Ces erreurs ont trait à l'incapacité d'obtenir un traitement ou des services dans un délai raisonnable. Les répondants considèrent qu'il s'agit là d'un sujet d'inquiétude pour les patients, car lorsqu'ils sont sur une liste d'attente, leur traitement est retardé et leur état de santé peut se détériorer.

- **Mauvais traitements** : Les mauvais traitements incluent la violence verbale ou physique, ainsi que les mauvais traitements infligés par les travailleurs de la santé et les autres patients.

- **Erreurs de diagnostic et erreurs de laboratoire** : Erreurs qui surviennent lors de l'évaluation initiale du patient ou erreurs dans les résultats

d'analyses de laboratoire dus à l'imprécision des tests ou à la perte des résultats.

- **Facteurs humains** : Erreurs de jugement de la part du médecin, erreurs dues à une utilisation insuffisante des preuves et des pratiques exemplaires et erreurs dues au stress ou à la charge de travail.

- **Erreurs liées à la marche à suivre** : Erreurs commises dans la conduite de l'intervention ou du traitement (par exemple le fait de ne pas revérifier l'appareil d'intraveinothérapie).

- **Formation axée sur les compétences** : Les répondants craignent que des erreurs soient commises à cause des lacunes sur le plan de la formation du personnel.

- **Erreurs dues à une défaillance du matériel** : Les défaillances du matériel ou l'utilisation du mauvais matériel pose un risque pour les patients.

- **Infections/plaies** : Les plaies et les infections sont un sujet de préoccupation lié à la sécurité des patients, car elles peuvent avoir des effets indésirables sur leur santé. Les répondants ont inclus dans cette catégorie les plaies et les infections tant primaires que secondaires.

Autres préoccupations liées à la sécurité des patients :

- Événements chirurgicaux imprévus
- Milieux non sécuritaires / non hygiéniques dans la communauté
- Patients errants – patients hospitalisés qui quittent l'unité des soins chroniques sans être accompagnés
- Confidentialité des renseignements sur les patients
- Mauvaise nutrition
- Problèmes de santé mentale
- Risques au domicile
- Taux de réadmission

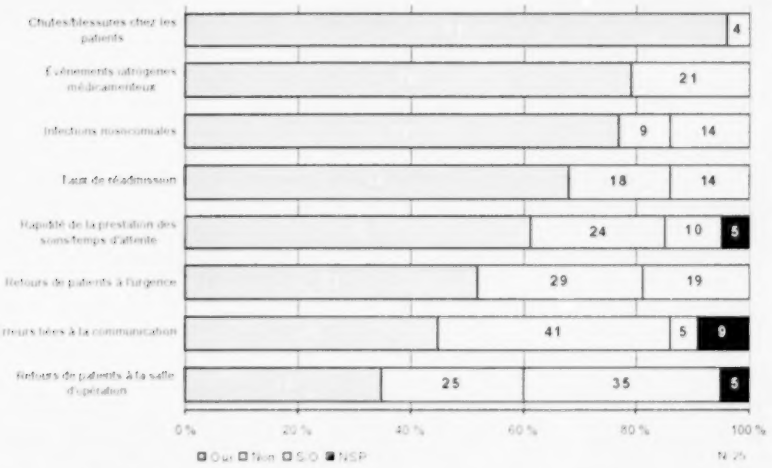
3.2.2.2. Collecte et utilisation des données sur la sécurité des patients et les erreurs liées aux soins de santé

Dans l'enquête postale, on a demandé aux établissements de santé s'ils recueillaient systématiquement des données sur les événements indésirables appartenant à huit catégories (voir la figure 1 plus loin). Voici les points saillants des résultats :

- Plus de 75 % des répondants recueillent de l'information sur les catégories courantes de déclaration des incidents, notamment sur les chutes chez les patients (96 %), les événements iatrogènes médicamenteux (79 %) et les infections nosocomiales (77 %).
- Moins de 50 % des répondants recueillent de l'information sur les erreurs liées à la communication (45 %) et le retour de patients à la salle d'opération (35 %).

Figure 1.

QUESTION 7 : ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ
Votre établissement recueille-t-il couramment des données sur les événements appartenant aux catégories suivantes?



*La taille de l'échantillon est de 25; les pourcentages reflètent le nombre d'établissements faisant partie de l'échantillon.

3.2.2.3 Collecte et utilisation des données

On a également demandé aux répondants de décrire comment les données sur les erreurs liées aux soins de santé étaient recueillies et utilisées. Les résultats ont été analysés pour chaque type de données recueillies. La liste complète des méthodes de collecte se trouve à l'annexe D.

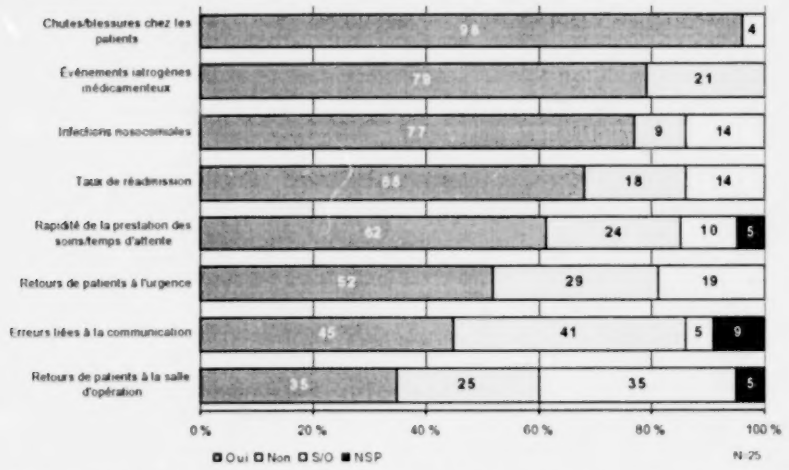
Les méthodes de collecte des données les plus courantes sont les suivantes :

- Rapports d'incidents

- Plus de 75 % des répondants recueillent de l'information sur les catégories courantes de déclaration des incidents, notamment sur les chutes chez les patients (96 %), les événements iatrogènes médicamenteux (79 %) et les infections nosocomiales (77 %).
- Moins de 50 % des répondants recueillent de l'information sur les erreurs liées à la communication (45 %) et le retour de patients à la salle d'opération (35 %).

Figure 1.

QUESTION 7 : ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ
Votre établissement recueille-t-il couramment des données sur les événements appartenant aux catégories suivantes?



*La taille de l'échantillon est de 25; les pourcentages reflètent le nombre d'établissements faisant partie de l'échantillon.

3.2.2.3 *Collecte et utilisation des données*

On a également demandé aux répondants de décrire comment les données sur les erreurs liées aux soins de santé étaient recueillies et utilisées. Les résultats ont été analysés pour chaque type de données recueillies. La liste complète des méthodes de collecte se trouve à l'annexe D.

Les méthodes de collecte des données les plus courantes sont les suivantes :

- Rapports d'incidents

- Vérification/examen des dossiers médicaux
- Tournées
- Systèmes de suivi/surveillance (infections, salle d'opération)
- Système d'admissions, de sorties et de transferts
- Données sur l'utilisation des ressources
- Énoncés des sorties et des réadmissions
- Rapports des bases de données sur les clients
- Bases de données/rapports de l'ICIS
- Activités régulières d'AQ
- Plaintes des patients
- Information contenue dans les dossiers
- Listes/délais d'attente
- Établissement et surveillance d'indicateurs internes
- Données recueillies sur les résultats d'analyses de laboratoire

Le plus souvent, les données sont recueillies à l'aide de formulaires papier, des dossiers des patients ou de rapports spéciaux. Certains organismes ont mis en place des systèmes automatisés de collecte des données, mais cela ne semble pas être une pratique courante. Des répondants ont indiqué utiliser les sources existantes, telles que la base de données de l'ICIS, les résultats d'analyses de laboratoire et les données tirées des dossiers administratifs et des rapports externes, par exemple celles du Projet des listes d'attente de l'Ouest canadien.

La plupart des organismes ont indiqué que les données recueillies sont examinées. Toutefois, les personnes chargées de les examiner varient d'un organisme à l'autre selon le type de données. Dans certains cas, les données sont regroupées et communiquées aux gestionnaires, aux comités d'AQ ou aux praticiens. Les résultats n'établissent pas de façon certaine si le personnel de première ligne reçoit régulièrement les données regroupées ni la fréquence à laquelle les données sont examinées (chaque trimestre, chaque année, etc.).

De nombreux commentaires libres portaient sur la « production de rapports » sur les données. Les résultats ne montraient pas clairement la façon dont les données étaient utilisées afin de prévenir d'autres incidents ou de mettre sur pied des projets d'amélioration de la qualité.

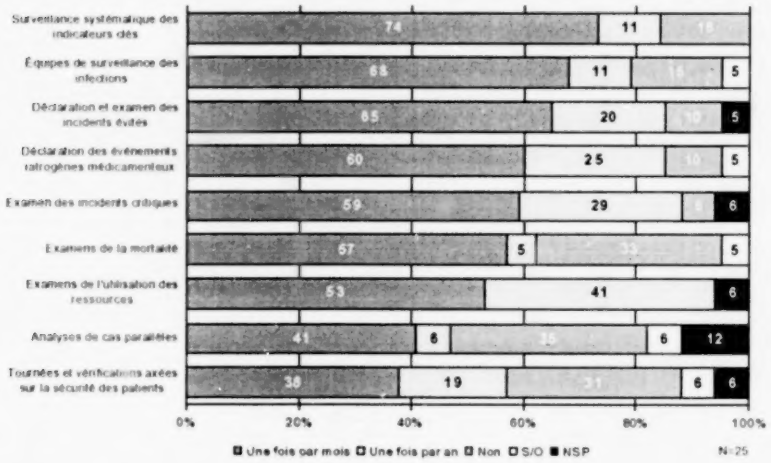
3.2.2.4 Surveillance

Les établissements de santé surveillent la survenue d'événements indésirables au moyen de divers mécanismes. Le diagramme suivant montre comment et à quelle fréquence les établissements de santé surveillent les événements indésirables. En voici les points saillants :

- Plus de 60 % des répondants surveillent une fois par mois les événements indésirables par le biais des mécanismes suivants : contrôle des indicateurs clés; équipes de surveillance des infections; déclaration et examen des incidents évités et déclaration des événements iatrogènes médicamenteux.
- Cinquante-trois pour cent (53 %) des répondants surveillent une fois par année les événements indésirables au moyen d'examens de l'utilisation des ressources.
- Quelques organismes surveillent les événements indésirables au moyen d'examens mensuels de l'utilisation des ressources (53 %), d'analyses de la mortalité (57 %), d'analyses de cas parallèles (41 %) et de tournées axées sur la sécurité des patients (38 %).

Figure 2.

QUESTION 6 : ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ
Surveillance des événements indésirables



* La taille de l'échantillon est de 25; les pourcentages reflètent le nombre d'établissements faisant partie de l'échantillon.

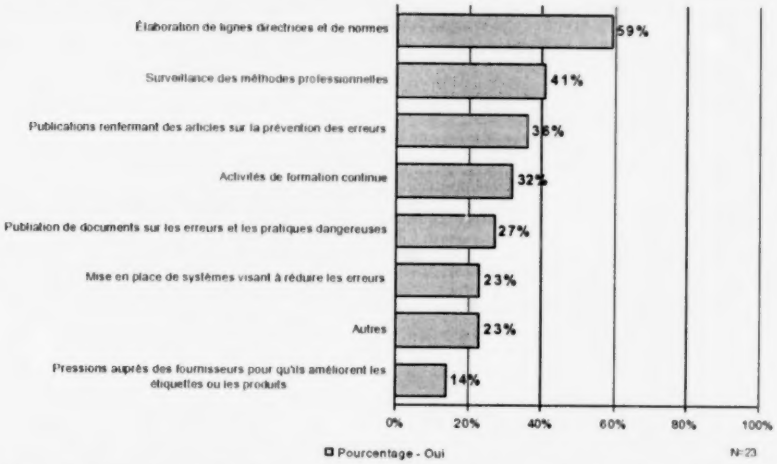
3.2.2.5 *Projets et initiatives en cours*

On a demandé aux répondants d'indiquer, à partir d'une liste, les initiatives ou les projets entrepris dans leur établissement en vue de réduire le nombre d'erreurs ou en vue d'aider les membres des associations et ordres professionnels à réduire les erreurs. Les résultats sont présentés séparément

pour les deux types d'organismes : d'une part, les ordres et associations et, d'autre part, les établissements de santé.

Figure 3.

QUESTION 2 : ORDRES ETASSOCIATIONS
Projets ou initiatives visant à aider les membres à réduire le nombre d'erreurs



* La taille de l'échantillon est de 23; les pourcentages reflètent le nombre d'organismes faisant partie de l'échantillon.

Points saillants :

- La majorité des ordres et des associations ont élaboré des lignes directrices et des normes destinées à aider leurs membres à réduire le nombre d'erreurs. La deuxième initiative la plus courante est la surveillance des professionnels de la santé et les publications renfermant des articles sur la prévention des erreurs.
- Quelques répondants (14 %) ont exercé des pressions auprès des fournisseurs afin qu'ils modifient ou améliorent les étiquettes ou les produits.

Les « autres » initiatives ou projets entrepris pour aider les membres des ordres ou des associations à réduire les erreurs sont les suivants :

- Participation à la Coalition canadienne sur la déclaration et la prévention des incidents associés aux médicaments (CCDPIAM).
- Catalysation des efforts en vue de l'élaboration d'une politique.

- Abus de substances chez le personnel infirmier : accent mis sur la désintoxication et le soutien des membres.
- Brochure sur la prévention et la gestion des erreurs liées aux médicaments en pharmacie.
- Mesures visant à faciliter la création ou la modernisation des structures destinées à aider les districts de santé à améliorer la sécurité des patients.
- Mesures visant à favoriser les possibilités de formation et à accroître les ressources dans ce domaine.
- Rapports annuels sur le nombre et les types de préoccupations des clients.
- Projets visant à s'attaquer aux causes profondes.
- Élaboration d'un cadre national de collaboration.

On a également demandé aux ordres et aux associations d'indiquer comment les initiatives mentionnées plus haut contribuent à améliorer la sécurité des patients et à réduire les erreurs. Leurs réponses mettaient en lumière les initiatives suivantes :

- **Normes et lignes directrices :** Soixante-deux pour cent des répondants (N=15) contribuent à améliorer la sécurité des patients en fournissant un cadre de référence pour les professionnels de la santé, en fournissant des directives et en faisant ressortir les politiques et procédures importantes, en indiquant comment mettre en question les pratiques dangereuses et comment déceler les événements indésirables, et en précisant les attentes à l'égard de soins sécuritaires et conformes à l'éthique.

- **Formation :** Cinquante-sept pour cent des répondants (N=13) contribuaient à améliorer la sécurité des patients en abordant des questions qui s'y rattachent lors de conférences et de réunions, en fournissant du feed-back aux médecins en ce qui concerne la prévention, en sensibilisant le public et les travailleurs de la santé et en tenant ces derniers au courant de leurs responsabilités professionnelles.

- **Élaboration de politiques :** Quarante-huit pour cent des répondants (N=11) contribuent à améliorer la sécurité des patients en prescrivant aux professionnels de la santé les règles à suivre.

Selon les associations et les ordres professionnels, ces initiatives favorisent la sécurité des patients grâce aux mécanismes suivants :

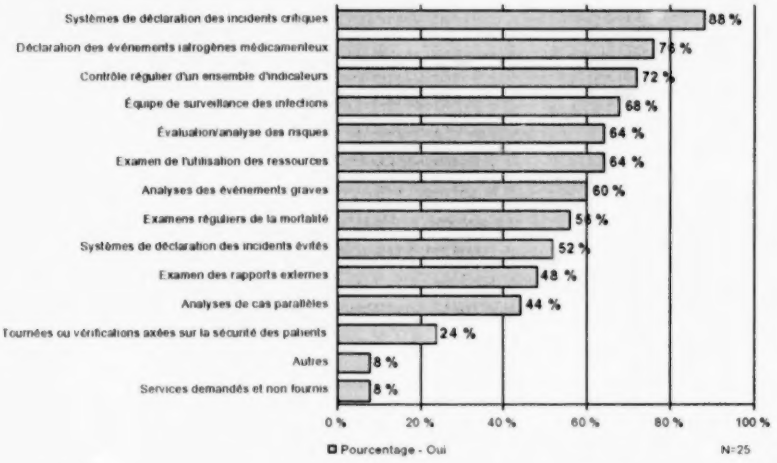
- Plus grande responsabilisation
- Collaboration avec d'autres organismes
- Délivrance de titres de compétences (en déterminant les titres nécessaires pour des rôles particuliers)
- Augmentation des possibilités de financement

- Amélioration de la qualité
- Perfectionnement de la technologie
- Surveillance des tendances dans l'utilisation des médicaments
- Compréhension du problème

De la même façon, on a demandé aux établissements de santé d'indiquer, à partir d'une liste, les projets entrepris dans leur organisation en vue de réduire le nombre d'erreurs. Les résultats sont présentés dans le diagramme ci-dessous.

Figure 4.

QUESTION 2 : ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ
Projets entrepris dans le but de réduire le nombre d'erreurs



* La taille de l'échantillon est de 25; les pourcentages reflètent le nombre d'établissements faisant partie de l'échantillon.

Points saillants :

- Les principaux types de projets entrepris par les établissements de santé sont les suivants : systèmes de déclaration des incidents critiques (88 %), déclaration des événements iatrogènes médicamenteux (76 %) et contrôle régulier d'un ensemble d'indicateurs (72 %).
- Moins de 10 % des établissements de santé ont entrepris des projets portant sur les services demandés mais non fournis, et 24 % seulement des établissements effectuent des tournées ou des vérifications axées sur la sécurité des patients.

Parmi les autres projets mis sur pied par les établissements, mentionnons les suivants :

- Analyse de toutes les défaillances du matériel et des autres facteurs en cause dans les erreurs de code ou les incidents.
- Protocole d'alerte en cas de chutes.
- Examen des rapports d'incidents en vue de remédier aux incidents liés aux médicaments et de les prévenir.
- Mise en place / développement du système d'intraveinothérapie
- Mise en place du système Pyxis, un système automatisé de distribution de médicaments
- Introduction du RAM (Registre d'administration des médicaments)
- Examen des politiques et procédures et apport de changements aux politiques et procédures
- Inspections des établissements (comité de santé et de sécurité au travail)

Lorsqu'on a demandé aux établissements de santé d'indiquer si ces projets avaient permis de réduire le nombre d'erreurs et d'événements indésirables, 60 % ont dit « Oui », 8 % ont dit « Non » et 32 % ont répondu qu'ils ne savaient pas.

Lorsqu'on leur a demandé d'expliquer comment le nombre d'erreurs avait été réduit, les établissements ont mentionné les mécanismes suivants :

- **Politiques / protocoles / procédures** (28 %, N=7) : Élaboration de politiques et de procédures par le bais de lignes directrices, d'analyses de cas, de protocoles et de la normalisation des processus systémiques.

- **Formation, information et diffusion** (12 %, N=3) : La formation a aidé à réduire les erreurs en encourageant leur déclaration systématique et en enseignant au personnel comment utiliser le nouveau matériel.

- **Communication** (8 %, N=2) : L'un des répondants a fait savoir que le bulletin mensuel de son établissement avait contribué à réduire les erreurs et les événements indésirables.

- **Amélioration de la qualité / analyse des causes profondes / modification des processus** (24 %, N=6)

- **Hausse de la déclaration** (12 %, N=3)

D'autres mécanismes ont été mentionnés, notamment les suivants :

- Amélioration de la supervision exercée par les doyens de l'équipe
- Programmes d'aide à la médication
- Examens de la polypharmacie

3.2.2.6 Documentation

Treize répondants ont signalé avoir accès à des politiques ou des documents concernant leur travail dans le domaine de la sécurité des patients et des erreurs liées aux soins de santé. Cinq d'entre eux ont précisé qu'ils étaient disposés à partager cette documentation. Le lecteur trouvera à l'annexe B la liste des documents qui ont été envoyés par l'intermédiaire de l'enquête postale et de l'enquête téléphonique.

3.2.2.7 Projets et initiatives futurs

On a demandé tant aux ordres et associations qu'aux établissements de santé s'ils avaient d'autres projets visant à intensifier les efforts ou à élargir les activités actuelles en vue de réduire le nombre d'erreurs et d'événements indésirables ou à aider les membres et les professionnels à le faire.

Les principaux projets ou initiatives mentionnés sont présentés dans le tableau suivant par ordre décroissant de fréquence (Table 5).

Tableau 5. Projets et initiatives futurs des établissements de santé et des ordres et associations

Établissements de santé	Ordres et associations
• Activités liées aux systèmes de déclaration (33 %, N=8)	• Formation (30 %, N=7)
• Activités d'amélioration de la qualité (29 %, N=7)	• Normes et lignes directrices (30 %, N=7)
• Planification entreprise par l'ensemble de l'organisme (25 %, N=6)	• Élaboration de politiques (26 %, N=6)
• Équipes d'étude de questions particulières (25 %, N=6)	• Gestion des risques (13 %, N=3)
• Enquête auprès des clients / Mise à contribution des clients (13 %, N=3)	• Solutions technologiques (13 %, N=3)
• Formation (8 %, N=2)	• Publications (8 %, N=2)
• Délivrance de titres de compétences (8 %, N=2)	• Autres : ateliers, discussions sur le financement, participation à des comités
• Changement de culture (4 %, N=1)	

- **Activités liées aux systèmes de déclaration** : étude des dossiers, vérifications, élaboration d'un système de déclaration commun pour tous les établissements à l'intérieur d'un district, systèmes électroniques.

- **Activités d'amélioration de la qualité** : équipes chargées des pratiques exemplaires, amélioration de la gestion de l'utilisation des ressources, analyse des indicateurs, amélioration des activités avec les services de gestion des risques et suivi.

- **Planification entreprise par l'ensemble de l'organisme** : élaboration de plans généraux concernant la sécurité des patients, mise sur pied d'un comité d'éthique, intégration avec les normes MIRE (Mesures implantées pour le renouveau de l'évaluation) du CCASS et plans d'approche à long terme concernant la sécurité des patients.

- **Enquêtes auprès des clients / mise à contribution des clients** : Les répondants prévoient de recourir à des bulletins pour mettre les clients à contribution et d'étudier l'expérience des clients en ce qui concerne la sécurité des patients.

- **Normes et lignes directrices** : Les ordres et les associations envisagent d'améliorer et de mettre à jour les lignes directrices et de partager l'information touchant les lignes directrices.

- **Élaboration de lignes directrices** : Trois des ordres et associations collaborent avec le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada en ce qui concerne l'élaboration d'une stratégie nationale visant la sécurité des patients.

- **Gestion des risques** : Vérifications et mise sur pied d'un conseil de la qualité.

- **Solutions technologiques** : Certains répondants planifient des améliorations aux systèmes.

3.2.2.8 Stratégie concernant la sécurité des patients

On a demandé aux établissements de santé quelles stratégies ils utilisaient pour encourager la déclaration des erreurs. Les principales stratégies sont énumérées ci-après par ordre décroissant de fréquence :

- Politiques (48 %, N=12)
- Formation (48 %, N=12)
- Déclaration dans un contexte non punitif (40 %, N=10)
- Suivi (16 %, N=4)
- Amélioration du processus de déclaration (16 %, N=4)

Autres réponses :
- Auto-évaluation de l'agrément
- Confidentialité
- Changement de langage
- Pas de bureaucratie
- Communication ouverte, relations personnelles
- Gestion des risques en tant que ressource pour appuyer le personnel
- Supervision par les cadres supérieurs
- Initiatives d'amélioration de la qualité

3.2.2.9 Autres moyens d'aider à déceler les erreurs

Par ailleurs, on a également demandé aux ordres et aux associations ainsi qu'aux établissements quels autres aspects du fonctionnement d'une organisation aideraient à déceler les erreurs et à améliorer la sécurité des patients. Le tableau 6 montre les principaux aspects énumérés par les répondants :

Tableau 6. Aspects du fonctionnement d'une organisation qui aideraient à déceler les erreurs et à améliorer la sécurité des patients

Établissements	Ordres et associations
• Changement de culture (32 %, N=8)	• Changement de culture (26 %, N=6)
• Amélioration de la conception du système / processus (24 %, N=6)	• Amélioration de la conception du système / processus (48 %, N=11)
• Travail d'équipe / mise à contribution du personnel (32 %, N=8)	• Travail d'équipe / mise à contribution du personnel (17 %, N=4)
• Communication avec les patients (24 %, N=6)	• Amélioration de la communication (17 %, N=4)
• Technologie de l'information (16 %, N=4)	
• Formation (16 %, N=4)	• Élaboration de politiques et formation (22 %, N=5)
• Amélioration des ressources et de la dotation (12 %, N=3)	
• Amélioration de la structure hiérarchique (8 % N=2)	• Amélioration de la structure hiérarchique (26 %, N=6)
• Autres : respect des valeurs fondamentales, responsabilisation, protection professionnelle (16 %, N=4)	• Autres : amélioration de la législation, de l'organisation dans son ensemble (8 %, N=2)

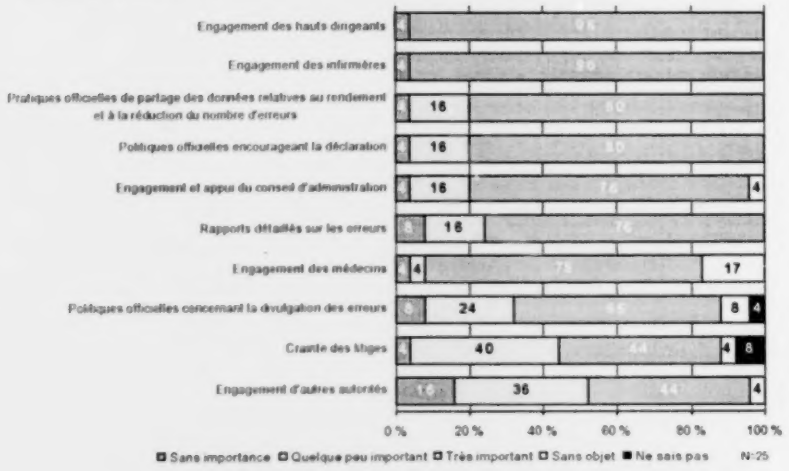
3.2.2.10 Aspects importants de la détection des erreurs et de l'amélioration de la sécurité des patients

On a demandé aussi bien aux ordres et aux associations qu'aux établissements de santé dans quelle mesure certains aspects du fonctionnement d'une organisation aident à déceler les erreurs et à améliorer la sécurité des patients. Les diagrammes suivants montrent les résultats obtenus séparément pour les

deux types d'organismes, c'est-à-dire, d'une part, les établissements de santé et, d'autre part, les ordres et les associations.

Figure 5.

QUESTION 10 : ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ
Dans quelle mesure les aspects suivants de la façon dont une organisation s'y prend pour aider à déceler les erreurs et à améliorer la sécurité des patients sont-ils importants?



* La taille de l'échantillon est de 25; les pourcentages reflètent le nombre d'établissements faisant partie de l'échantillon.

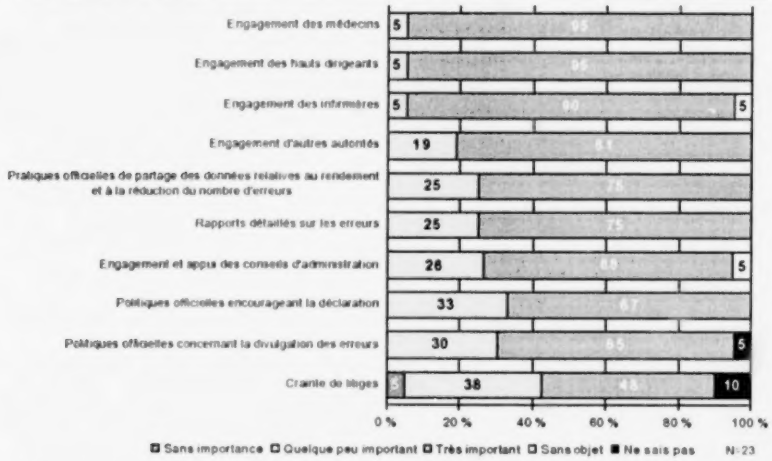
Dans le cas des établissements, les points saillants sont les suivants :

- Les aspects les plus importants de la façon dont une organisation s'y prend pour aider à déceler les erreurs et à améliorer la sécurité sont l'engagement des hauts dirigeants et l'engagement des infirmières (ces deux aspects ont été jugés « très importants » par 96 % des répondants).
- La plupart des aspects figurant sur la liste sont considérés importants.
- Ceux qui sont jugés les moins importants sont la crainte des litiges et les politiques officielles encourageant la déclaration.

Figure 6.

QUESTION 10 : ORDRES ET ASSOCIATIONS

Dans quelle mesure les aspects suivants de la façon dont une organisation s'y prend pour aider à déceler les erreurs et à améliorer la sécurité des patients sont-ils importants?



** La taille de l'échantillon est de 25; les pourcentages reflètent le nombre d'organismes faisant partie de l'échantillon.

Dans le cas des ordres et des associations, les points saillants sont les suivants :

- Les aspects les plus importants de la façon dont une organisation s'y prend pour aider à déceler les erreurs et à améliorer la sécurité sont l'engagement des médecins, l'engagement des hauts dirigeants et l'engagement des infirmières (ces deux aspects ont été jugés « très importants » par 90 % des répondants).
- La plupart des aspects figurant sur la liste sont considérés très importants.
- Ceux qui sont jugés les moins importants sont la crainte des litiges et les politiques officielles encourageant la déclaration.

3.2.2.11 Obstacles et difficultés

On a demandé à tous les répondants quels étaient les obstacles et les difficultés qui compliquaient la déclaration des erreurs et la promotion de la sécurité dans leur organisation. Les thèmes dégagés de leurs réponses sont présentés au tableau 7 ci-dessous :

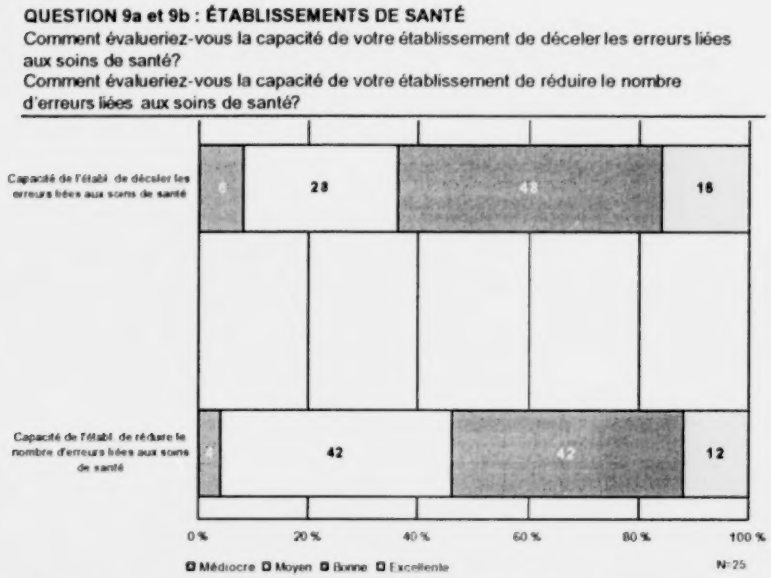
Tableau 7. Obstacles et difficultés qui compliquent la déclaration des erreurs et la promotion de la sécurité

Établissements de santé	Ordres et associations
• Culture (y compris crainte de représailles, culture du blâme et culture du « dieu-médecin ») (72 %, N=18)	• Culture (y compris crainte de représailles, culture du blâme et culture du « dieu-médecin ») (48 %, N=11)
	• Lois / règlements / conflit de compétence (63 %, N=15)
• Ressources et dotation (28 %, N=7)	• Ressources et dotation (35 %, N=8)
• Esprit d'équipe / Communication (28 %, N=7)	• Communication / compréhension de l'enjeu (22 %, N=5)
• Manque de temps (20 %, N=5)	
• Conflit de priorités (12 %, N=3)	• Leadership à tous les niveaux (17 %, N=4)
• Structure hiérarchique (4 %, N=1)	• Structure hiérarchique (13 %, N=3)
• Technologie (12 %, N=3)	
• Responsabilisation (4 %, N=1)	• Responsabilisation (4 %, N=1)
• Autres : Système / processus (4 %, N=1) Confidentialité (4 %, N=1)	

3.2.2.12 Qualité de la sécurité des patients

On a demandé aux établissements de santé d'évaluer la capacité de leur organisation de déceler les erreurs liées aux soins de santé et d'en réduire le nombre. Le diagramme suivant illustre les résultats obtenus.

Figure 7.



* La taille de l'échantillon est de 25; les pourcentages reflètent le nombre d'établissements faisant partie de l'échantillon.

Points saillants :

- Dans l'ensemble, les établissements de santé ont évalué positivement les efforts qu'ils déployaient dans le domaine de la sécurité des patients; ils pensaient cependant qu'ils pourraient faire mieux (32 % des établissements jugeait que leur capacité de déceler les erreurs était « Moyenne » ou « Médiocre »; 44 % jugeaient que leur capacité de réduire le nombre d'erreurs était « Moyenne » ou « Médiocre »).
- Seize pour cent (16 %) des établissements jugeaient que leur capacité de déceler les erreurs liées aux soins de santé était « Excellente » et 48 % la jugeaient « Bonne ».
- Douze pour cent (12 %) des établissements jugeaient que leur capacité de réduire le nombre d'erreurs liées aux soins de santé était « Excellente » et 44 % la jugeaient « Bonne ».

3.3 Interviews téléphoniques

3.3.1 Description des répondants

Au départ, des informateurs clés nous ont permis de sélectionner 46 experts canadiens en matière de sécurité des patients et d'erreurs liées aux soins de santé. Une fois le processus d'interview enclenché, 36 participants supplémentaires ont été retenus. Au total, nous avons réalisé 49 interviews.

- Plusieurs participants ont été écartés de l'échantillon car :
  - ils ont refusé d'effectuer l'interview puisqu'ils avaient déjà rempli le questionnaire de l'enquête postale ou parce que leur organisme avait déjà répondu (n=7)
  - ils avaient quitté l'organisme ou étaient introuvables (n=1)
  - ils ont proposé d'autres personnes pour l'interview (n=5)
- Raisons des non-réponses :
  - Appels non retournés (n=11)
  - Aucune réponse (n=2)
  - Annulation de l'interview à cause d'un manque de temps, de raisons personnelles ou d'un manque de soutien organisationnel (n=3)
- Raisons des refus :
  - Investissement en temps (n=2)
  - Aucune raison fournie (n=2)

Le tableau 8 présente un aperçu des réponses de l'enquête téléphonique. Au total, le taux de réponse atteint 71 %, le taux de refus, 16 % et le taux estimé de non-réponse, 23 %.

Les tableaux 9 et 10 indiquent les rôles des personnes retenues et le nombre de répondants selon les régions et les types d'organismes. Au moment des interviews, il est arrivé que la personne nous renvoie à quelqu'un d'autre au sein du même organisme ou nous suggère le nom d'un organisme déjà contacté. Par ailleurs, nous avons choisi de réaliser des interviews auprès de plusieurs organismes différents au lieu d'interroger plusieurs personnes au sein d'un même organisme.

Tableau 8 : Taux de réponse

État de l'interview	Total
A. Interviews de premier niveau avec les personnes retenues au départ	46
B. Personnes supplémentaires retenues	36
C. Nombre total d'interviews réalisées	**49**
D. Personne ayant quitté l'organisme ou inexistante	1
E. Nombre de non-répondants	16
Raisons des non-réponses	
F. Appels non retournés	11
G. Aucune réponse	2
H. Annulation de l'interview	3
I. Renvoi à une autre personne	5
Raisons des refus	
J. Refus : Questionnaire postal rempli	5
K. Refus : Organisme déjà contacté	2
L. Refus : Investissement en temps	2
M. Refus : Aucune raison fournie	2
Taux de réponse = C/(A+B)-(D+J +K+I)	**71 %**
Taux de refus = J+L+K+M /(A+B)-(D+J+K+I)	16 %
Taux estimé de non-réponse = E/(A+B)-(D+J+K+I)	23 %

Les répondants représentaient toutes les régions géographiques du Canada, mais leur proportion était plus élevée dans le cas de l'Ontario et de la Saskatchewan et du Manitoba. Par ailleurs, le nombre d'organismes nationaux ayant participé dans ces provinces était plus important que dans les autres régions géographiques.

Table 9: Régions représentées par les personnes retenues et les répondants

Régions	**Personnes retenues**	**Répondants**	**Proportion dans l'échantillon**
Alberta	7	2	4 %
Atlantique	7	4	8 %
Colombie-Britannique	6	4	8 %
Saskatchewan/ Manitoba	15	11	22 %
Whitehorse	1	1	2 %
Yellowknife	1	1	2 %
Organismes nationaux	11	10	20 %
Ontario	26	13	27 %
Québec	8	3	6 %
Total	82	49	*99,00 %

*Ne totalise pas 100 % en raison de l'arrondissement.

Divers types d'organismes ont participé aux interviews. Une grande proportion d'entre eux provenaient d'abord de grands hôpitaux universitaires (41 %), ensuite d'hôpitaux de petite taille (14 %) et, enfin, du gouvernement (10 %).

Tableau 10 : Types d'organismes représentés par les personnes retenues et les répondants

Organismes	Personnes retenues	Répondants	Proportion dans l'échantillon
Sociétés d'experts-conseils	2	0	0 %
Gouvernement	6	5	10 %
Districts de santé	6	3	6 %
Soins à domicile	1	1	2 %
Praticiens indépendants	2	1	2 %
Compagnies d'assurances	2	2	4 %
Grands hôpitaux universitaires	37	20	41 %
Organismes sans but lucratif	1	1	2 %
Associations professionnelles	4	3	6 %
Ordres professionnels	11	4	8 %
Groupe de recherche	1	0	0 %
Petits hôpitaux	7	7	14 %
Universités	2	2	4 %
Total	82	49	*99,00 %

* Ne totalise pas 100 % en raison de l'arrondissement.

3.3.2 Résultats des interviews téléphoniques

Les résultats présentés ci-dessous proviennent d'une analyse des interviews enregistrées et suivent l'ordre des questions posées. Les citations (en italique) ont pour but d'illustrer les propos des participants. Les points saillants des réponses à chaque question seront abordés dans les rubriques suivantes :

- Types de données recueillies sur les erreurs liées aux soins de santé et sur les événements indésirables
- Utilisation de l'information sur les erreurs liées aux soins de santé
- Portrait fidèle du nombre et du type d'erreurs liées aux soins de santé au sein de l'organisme
- Projets ou initiatives en cours pour réduire les erreurs liées aux soins de santé et améliorer la sécurité des patients
- Mesure dans laquelle les initiatives ou les projets favorisent la déclaration des erreurs liées aux soins de santé
- Mesure dans laquelle les initiatives ou les projets réduisent les erreurs liées aux soins de santé et les événements indésirables

- Limites des projets ou des initiatives
- Autres projets visant à mettre en œuvre de nouvelles initiatives ou à poursuivre les activités actuelles en vue de réduire les erreurs liées aux soins de santé et les événements indésirables
- Culture organisationnelle permettant de relever les erreurs liées aux soins de santé et d'améliorer la sécurité des patients
- Valeurs, culture organisationnelle et approches favorables pour minimiser les risques d'erreurs liées aux soins de santé
- Obstacles et difficultés qui compliquent la détection des erreurs et la promotion de la sécurité
- Suggestions concernant le partage rapide de l'information au sujet des erreurs liées aux soins de santé et de la sécurité des patients
- Mise sur pied d'un comité chargé d'étudier les questions des erreurs liées aux soins de santé et de la sécurité des patients
- Initiatives que doit prendre l'organisme pour améliorer la sécurité des patients et réduire les erreurs liées aux soins de santé
- Initiatives que doit prendre le système de santé canadien pour améliorer la sécurité des patients et réduire les erreurs

3.3.2.1 Types de données recueillies sur les erreurs liées aux soins de santé et sur les événements indésirables

Les répondants ont discuté des types de données recueillies (ces dernières sont énumérées à l'Annexe E). Plusieurs personnes ont mentionné que les données sont consignées dans des rapports d'incident, dont la composition et la forme varient selon l'organisme. Par exemple,

> « *À l'heure actuelle, je dirais que nos informations, qu'elles soient inscrites dans les rapports d'incident ou transmises par des intervenants qui signalent un incident quelconque, sont relativement générales. Parfois, même les incidents graves ne font pas l'objet d'un rapport.* »

> « *Nous effectuons tous des rapports d'incident… plus ou moins valables. On peut faire des tableaux et résumer un grand nombre de données, mais étant donné que beaucoup de gens reçoivent l'information, personne ne fait rien à mon avis.* »

Les répondants ont par ailleurs souligné que même si les rapports d'incident sont obligatoires, il n'y a aucun moyen de savoir combien d'entre eux ont disparu.

> « *On dit que c'est obligatoire parce que si l'on reconnaît qu'un incident s'est produit, on doit le déclarer… mais on ne sait pas combien*

d'incidents sont totalement ignorés puisqu'il n'y a pas moyen de les surveiller. Alors, c'est en quelque sorte aux unités de soins infirmiers ou aux infirmières de les consigner. »

Deux répondants ont expliqué que leurs rapports d'incident sont actuellement en format imprimé, mais qu'ils souhaiteraient les présenter en format électronique.

« *Tous les événements indésirables, dont les patients ou les visiteurs sont victimes, sont consignés en format imprimé pour le moment. Je tente de trouver un bon logiciel qui nous permettrait de le faire sous forme électronique, mais la plupart d'entre eux sont extrêmement dispendieux. Alors pour l'instant, on conserve le format imprimé.* »

Deux répondants ont affirmé recueillir de l'information au sujet des erreurs possibles. Le répondant suivant rapporte que les données utilisées par son organisme proviennent de l'ensemble du pays.

« *Nous n'appelons pas cela des erreurs… c'est plutôt un système pour faire le rapprochement avec l'action fautive qui a précédé l'administration de [médicaments] aux patients. Par exemple, le système actuel permet aux infirmières de nous envoyer une note afin de corriger nos données informatisées erronées dans ce que nous appelons le " registre d'administration des médicaments ". Par exemple, la note indiquerait : " L'entrée suivante est erronée dans le formulaire C. Veuillez effectuer le changement ". Nous pouvons ensuite faire la modification. C'est probablement une méthode normalisée dans l'ensemble du pays. On fait une erreur et on la corrige. Mais si nous regardons le système dans son ensemble en tant que mécanisme de déclaration des erreurs, il s'agirait d'erreurs possibles, non? Je voulais les envisager comme erreurs possibles au lieu de faire référence à un registre de rapprochement comme tel.* »

Un répondant a indiqué que comme son organisme collabore à un projet de l'Institute for Healthcare Improvement (organisme américain sans but lucratif), il recueille désormais les informations sur les erreurs de médicaments et sur les erreurs possibles plutôt que de remplir un rapport général d'incident.

« *Autant que je sache, jusqu'à ce que nous devenions collaborateurs avec le IHI, on les [données] recueillait afin de produire des rapports d'incident et non pas de documenter les erreurs liées aux soins de santé… tout incident, qu'il soit considéré comme une erreur ou non… Depuis notre collaboration avec l'IHI, à tous les mois nous effectuons des analyses sur dix diagrammes choisis au hasard afin de détecter*

certains événements iatrogènes médicamenteux et leurs facteurs déclencheurs, ce qui peut être utile pour repérer des indicateurs d'erreurs possibles et pour découvrir des erreurs ou des événements indésirables possibles. Ensuite, on les examine à la mitaine… pour trouver certains événements indésirables et leurs facteurs déclencheurs, ces derniers étant des scénarios susceptibles de comporter une erreur ou un événement indésirable. Par exemple, si on a donné des anticoagulants à une personne chez qui le temps de coagulation est plus élevé que la marge thérapeutique, il y a eu un risque d'erreur ou d'événement indésirable qui ne s'est pas nécessairement produit. C'est comme un signal nous indiquant qu'il peut y avoir là une erreur ou un événement indésirable. »

Trois répondants ont mentionné ne pas recueillir de données sur les erreurs et ne pas prévoir le faire non plus.

En ce qui concerne la façon de consigner les informations, six répondants ont précisé qu'ils employaient un formulaire standard, quatre ont dit utiliser une base de données, un a déclaré conserver un dossier privé avec tous les renseignements, un a affirmé prendre connaissance des informations par courrier, par téléphone ou par lettre de façon confidentielle et, finalement, trois ont précisé consigner les informations sous forme imprimée uniquement. Les répondants ont par ailleurs ajouté qu'ils souhaiteraient se munir d'un logiciel pour faire le suivi des incidents et des événements indésirables, mais que le coût d'un tel équipement est trop élevé.

« *J'entre les informations dans ma propre base de données en Excel. Ce que je voudrais vraiment, c'est un bon logiciel. J'essaie d'en trouver un, mais les meilleurs coûtent 50 000 $, et on n'a pas les moyens de payer cela.* »

Plusieurs répondants ont souligné que les erreurs médicales sont sous-déclarées, tandis que d'autres estiment qu'il devrait y avoir une méthode systématique pour recueillir les données.

« *Malgré tout ce qu'on entend sur les erreurs et les événements indésirables, c'est évident qu'ils sont sous-estimés car personne, à ma connaissance, n'a jamais déclaré une erreur, un événement indésirable, une blessure ou un décès lorsqu'il n'y en avait pas.* »

En outre, la terminologie ne fait pas l'unanimité au sein des répondants. En effet, un d'entre eux n'était pas d'accord avec la définition de l'erreur médicale. Il s'explique ainsi :

« Avant de poursuivre, je souhaite préciser que la définition même de l'erreur médicale est manifestement incomplète. D'une part, je ne peux pas répondre puisque elle est dénuée de sens. C'est supposé être une méthode pour séparer les événements indésirables évitables des événements indésirables inévitables… On fait tous des erreurs, et certaines d'entre elles sont classées comme événements indésirables, alors que la plupart ne le sont pas en réalité. On doit regarder ça de façon intelligente et pas toujours imaginer qu'une erreur en est une… pour reprendre ce que vous avez dit, " un événement indésirable évitable ". La majorité des événements indésirables peuvent être évités, quelques-uns ne le sont pas, mais le fait qu'ils le soient ou non n'a rien à voir avec le terme " erreur ". Au cours des années, les gens ont recueilli des données au sujet des événements indésirables. C'est comme rassembler des données sur les accidents de voiture. D'autre part, les erreurs sont des gestes involontaires que les gens posent, et, bien souvent, ils ont peu ou pas de conséquences. Et lorsqu'il y en a, c'est généralement la personne qui en est victime qui le signale. Parfois, c'est quelqu'un d'autre aussi. À d'autres moments, c'est le système qui permet de les prévenir. Par exemple, en essayant… d'utiliser un appareil pour injections intraveineuses incompatible avec l'équipement, on le sait tout de suite qu'on a fait une erreur. C'est comme prendre la mauvaise clé pour ouvrir la portière de la voiture. Vous avez fait une erreur. Vous avez essayé d'ouvrir la portière avec la mauvaise clé, et comme la serrure ne correspond pas, vous prenez conscience de l'erreur. Il n'y a pas eu d'événement indésirable. Une erreur est tout simplement un acte de comportement. Personne ne conserve de registre au sujet des erreurs. Et si c'était le cas, à mon avis il serait plus efficace et plus avantageux de recueillir des données sur toutes les erreurs et les quasi-erreurs que sur les événements indésirables, qui ne représentent qu'une infime partie des erreurs. Toute erreur, qu'elle ait des répercussions ou non, peut entraîner une blessure pour le patient. Alors, si je choisis la mauvaise injection sous-cutanée ou si je choisis le mauvais médicament, même si je ne cause pas de préjudice au patient, il y a un risque que le patient en subisse un jour ou l'autre. »

3.3.2.2. Utilisation de l'information sur les erreurs liées aux soins de santé

Les répondants ont commenté la façon dont l'information au sujet des événements indésirables et des erreurs liées aux soins de santé est traitée (la liste complète figure à l'annexe E). Parmi eux, huit ont affirmé que l'information est compilée dans un rapport trimestriel ou annuel ou dans un rapport de cas individuel. Quinze répondants ont déclaré examiner les données afin de relever des tendances. Ces tendances ou ces rapports sont, par la suite, analysés par

un groupe de travail au sein de l'organisme pour quatorze répondants. De plus, quatre répondants ont donné la description d'un processus multidisciplinaire d'examen des tendances et d'autres données au sujet des événements indésirables et des erreurs liées aux soins de santé. Un répondant a dit ceci :

> « *Un important groupe pluridisciplinaire se rassemble lors d'une réunion ordinaire très structurée qui dure environ deux ou trois heures pour débattre la question. Nous passons en revue et compilons les faits tirés du registre et des discussions avec le personnel avant la réunion. Nous vérifions leur exactitude en présentant d'abord au comité une ébauche de la chronologie des faits et en demandant ensuite aux membres de les examiner afin que tout soit précis. C'est à ce moment… que nous discutons des facteurs contributifs potentiels en jeu… Nous observons les processus ou les circonstances qui peuvent avoir donné naissance à l'erreur. Le nombre de postes supplémentaires, l'étiquetage déficient et plusieurs autres éléments… la mauvaise communication qui peut avoir contribué à l'événement indésirable. Puis, la dernière étape est l'élaboration de recommandations. Ce qui rend cette étape si unique c'est probablement… l'aspect multidisciplinaire. Au bout du compte, les personnes impliquées dans l'événement indésirable ont la chance de changer le système, ça donne de bons résultats.* »

Un grand nombre de répondants ont déclaré étudier attentivement certains cas afin de mieux comprendre les problèmes systémiques de l'organisme.

> « *Nous discutons des questions en jeu de manière confidentielle. Nous discutons de ce qui a contribué à la morbidité ou à la mortalité; ça peut être relié au système, donc c'est hors de notre contrôle. Il se peut que ce soit également un exercice solitaire de la médecine ou rien de tout ceci; juste une malchance ou des patients gravement malades. Nous tentons de concentrer notre attention sur les problèmes systémiques que nous pouvons essayer de régler. En fait, c'est un travail d'assurance de la qualité. Nous tentons de faire ressortir les problèmes et de les résoudre pour apporter des changements à notre pratique ou à notre approche afin que ces incidents ne se reproduisent plus.* »

La législation de la Colombie-Britannique protège les praticiens qui discutent d'incidents contre les actions en justice. Elle permet aux travailleurs de la santé d'examiner les événements indésirables sans s'exposer à des poursuites.

> « *En Colombie-Britannique, nous avons ce qu'on appelle l'article 51… Il nous permet, en tant que travailleurs de la santé, d'examiner les événements indésirables et de faire un rapport sans que les tribunaux ne se mêlent de l'enquête et de la documentation qui s'y rattache. Alors, les*

discussions ne peuvent être déposées comme élément de preuve dans une poursuite judiciaire. ... Donc, pour certains incidents, nous remplissons un formulaire en vertu de l'article 51. »

Un répondant a précisé que la collecte de données en vue de proposer des changements au système devrait être plus systématique. Par exemple,

« *Nous reconnaissons que ça doit être fait [collecte de données] de façon plus systématique. Présentement, ça nous indique, de manière aléatoire, où nous devons effectuer des changements... [mais] c'est fait de façon générale, comme on peut se l'imaginer.* »

Un des moyens d'identifier les tendances consiste à créer un profil de médecin en fonction des erreurs commises. Par exemple, au sein d'un organisme,

« *Chaque mois, nous inscrivons tous les événements indésirables, y compris les mortalités, dans une base de données du logiciel Access. À la fin de l'année, nous les comptabilisons pour créer le profil détaillé d'un chirurgien ou d'un anesthésiste en particulier. Ainsi, nous avons des statistiques sur les médecins de notre hôpital. Cette procédure est en place depuis... euh, 15 ans.* »

Cinq répondants ont indiqué que les incidents sont d'abord analysés au sein de l'établissement, mais que lorsqu'ils ont une plus grande incidence, ils sont également analysés à l'échelon régional. Plus du tiers des répondants disent examiner l'information en vue de faire des recommandations pour améliorer la sécurité des patients.

« *Nous aimerions dégager des tendances et surveiller les données... On s'intéresse aux types de changements qui peuvent être réalisés à la suite d'une bonne enquête sur un événement indésirable et qui peuvent s'appliquer à plus d'un établissement. Après une enquête... si un événement est survenu... dans un établissement, nous voulons savoir si nous sommes capables de repérer des tendances qui seraient utilisées à plus grande échelle par la suite.* »

Un répondant a mentionné qu'il pourrait faire appel aux médias et aux revues pour diffuser l'information, si elle peut avoir d'importantes répercussions sur le système de soins de santé et sur la réduction des erreurs.

« *Si quelque chose [dans le rapport d'incident] de très, très intéressant peut avoir des répercussions sur... les [autres] professionnels de la santé, sur les hôpitaux ou sur les patients plus particulièrement... nous essaierions de faire un suivi avec un journaliste. Et nous pourrions*

comparer nos données avec celles… des États-Unis afin de déterminer si une erreur semblable s'est déjà produite et à combien de reprise. Nous pourrions ensuite l'analyser pour améliorer le système. Si le problème en question est très urgent, nous pourrions faire parvenir un avertissement au plus grand nombre possible de praticiens dans les hôpitaux canadiens. Si c'est une vraie urgence, nous devrions les informer afin de prévenir les accidents. De plus, nous pourrions diffuser l'information… dans l'une de nos revues — XXXXXX XXXX. Nous publions plusieurs reportages par mois. Il y a donc différents moyens de communiquer l'information en fonction de l'urgence et de la gravité du problème. »

Un certain nombre de répondants ont fourni des exemples particuliers de l'utilisation des données en vue d'améliorer la sécurité des patients. Voici trois exemples :

« *Un des cas les plus fréquents d'incident était lorsqu'un patient devait absolument être transféré dans une unité de soins tertiaires. Le médecin contactait un collègue dans un centre de soins tertiaires et se faisait répondre qu'il n'y avait aucun lit disponible dans l'unité des soins intensifs. Le patient demeurait sur place tandis qu'il y avait deux autres hôpitaux dans le district, mais aucun moyen de vérifier si l'un des deux pouvait prendre en charge le patient. C'était plutôt une discussion directe entre deux médecins. On n'exploitait pas les ressources du système afin de s'assurer que le patient avait accès aux autres établissements de soins tertiaires du district. Ça nous a permis de constater que les médecins ne pensaient pas et n'agissaient pas nécessairement de manière systématique. Dans beaucoup de cas, ils communiquaient uniquement avec un collègue rattaché à un centre où il y avait peut-être vingt personnes qui dispensaient ce genre de soins… En conséquence, certains patients devaient attendre plus longtemps avant de recevoir des soins et quelques-uns mouraient sur place alors qu'ils auraient pu être transférés plus tôt dans un autre centre afin d'être traités par un autre médecin.* »

Un autre répondant a raconté l'incident suivant qui s'est déroulé dans un hôpital :

« *Un des exemples les plus récents est… qu'un certain nombre de patients, qui recevaient de l'oxygène à haut débit, ont été transférés de leur… unité vers le centre de diagnostic pour subir des tests. Au cours de l'attente ou des tests, leur réservoir à oxygène s'est vidé. Dans quelques rares cas, les patients ont été victimes d'un arrêt respiratoire. C'était visiblement un incident très, très grave. Et même si aucun d'entre*

eux n'est décédé, leur séjour à l'hôpital a été plus long et ils ont été victimes de complications. Lorsque j'en ai été informé, nous avons étudié la politique au sujet du transfert des malades de leur unité vers les services de visualisation diagnostique pour les patients recevant de l'oxygène à haut débit. Nous avons ensuite fait des recommandations qui ont été adoptées par le Conseil sur les soins de santé pour changer le processus, et elles sont devenues partie intégrante de la politique régionale.

Un troisième répondant a souligné ce qui suit :

« *[De meilleurs systèmes de déclaration pourraient]… être utilisés pour proposer des changements à l'étiquetage ou fournir de l'information aux professionnels de la santé sur l'emploi des produits… Par exemple, pour les noms de médicaments… si un produit comporte des risques et qu'il possède sensiblement le même nom qu'un autre produit, il faudrait faire des recommandations pour changer le nom du produit en question ou pour mettre en garde les professionnels de la santé et le grand public sur son utilisation. En règle générale, si c'est une initiative de réglementation, ça correspondrait à un réel besoin de changement. Dans le cas d'une mise en garde à l'attention des professionnels de la santé, il faudrait faire un suivi si plusieurs cas similaires se présentaient.* »

L'exemple ci-dessous provient d'un organisme qui utilise les données comme outil d'apprentissage et d'amélioration.

« *Nous tentons de les [rapports d'incident] utiliser comme outil d'apprentissage. Nous essayons de bâtir une culture organisationnelle qui favorise la déclaration des erreurs et l'apprentissage pour faire les choses différemment. Est-ce un problème de processus? Est-ce un problème de formation du personnel? Pour chaque incident, les gestionnaires doivent assurer eux-mêmes le suivi afin d'en faire un outil d'apprentissage pour leurs employés, y compris pour la personne qui a commis l'erreur. Par contre, si c'est un problème inhérent au processus, nous rassemblons le personnel pour analyser les choses d'un autre point de vue. Mais ça demeure quand même un outil d'apprentissage.*

Un organisme a décrit un protocole particulier en vigueur à l'Association of Litigation and Risk Management en Angleterre :

« *Au cours du processus, nous définissons le problème de gestion des soins et nous établissons un résumé clinique des faits. Lors des entrevues, il est suggéré dans le protocole A.L.A.R.M. de faire une entrevue individuelle structurée avec toutes les personnes impliquées,*

en se penchant sur les facteurs contributifs du point de vue des éléments de tâche, en particulier celle qui a fait défaut. Il faut considérer d'abord les facteurs individuels, à savoir [si] la personne en question était malade cette journée-là ou tout élément relié au professionnel, comme une variante dans sa pratique par exemple. Ensuite il faut observer les facteurs d'équipe, soit comment les autres membres de l'équipe ont fonctionné. Est-ce que certains éléments déclencheurs étaient causés par de mauvaises relations entre les employés ou par un manque de communication, par exemple? Enfin, il faut étudier les facteurs liés à l'environnement de travail. Par exemple, deux unités qui sont très éloignées, des employés qui travaillent d'une unité à l'autre, une répartition inégale des effectifs et ainsi de suite. Une fois l'étape des entrevues terminée, j'établis une liste détaillée… Tout ce que j'ai fait jusqu'à présent c'est d'interroger chaque personne à la recherche de ces facteurs… une fois les entrevues terminées, je prends des notes pour faire un résumé qui tient compte de l'expérience de chacun pour ensuite dresser un portrait des facteurs contributifs. Puis, j'observe les facteurs de la gestion organisationnelle et du contexte institutionnel ainsi que les répercussions et les points d'intervention… Par ailleurs, j'ai découvert, dans un cas, que nous avions des protocoles, mais que personne ne les respectait. Évidemment, à la fin, j'ai dressé une liste des répercussions et des points d'intervention de manière très précise. Par exemple, si nous avions un problème avec le système de radiomessagerie, le point d'intervention serait le suivant : je discuterais du problème avec X et Y, je ferais telle recommandation… et j'évaluerais le tout dans X semaines. »

3.3.2.3. Portrait fidèle du nombre et du type d'erreurs liées aux soins de santé au sein de l'organisme

Au sujet du nombre et du type d'erreurs liées aux soins de santé au sein de l'organisme, parmi les personnes interrogées,

- trente-neuf répondants avaient l'impression que l'information recueillie ne fournissait pas un portrait fidèle de la situation
- trois répondants avaient l'impression que l'information fournissait un portrait fidèle de la situation
- quatre répondants avaient l'impression que l'information fournissait un portrait relativement fidèle de la situation
- un répondant a indiqué que la question ne concernait pas son organisme
- deux répondants ne savaient pas

Les répondants ont donné les raisons pour lesquelles, à leur avis, le nombre et le type d'erreurs liées aux soins de santé représentaient fidèlement ou non la

situation (la liste complète figure à l'annexe E). Cinq répondants ont discuté des problèmes liés à la déclaration volontaire.

Plusieurs répondants ont mentionné qu'avec la méthode actuelle de collecte de données, les erreurs sont sous-déclarées. Les exemples qui suivent illustrent leurs propos :

> *« Eh bien, je crois que cette tendance, la sous-déclaration, est généralement admise. Je pense que les gens la voient comme un échec ou qu'ils ont peur d'être réprimandés ou d'écoper d'une mesure punitive… Alors je pense qu'il se passe beaucoup de choses qui ne sont malheureusement pas déclarées. Nous essayons de bâtir une culture organisationnelle qui prend en considération [la possibilité de faire] des erreurs. Mais il reste beaucoup de chemin à faire. »*

> *« J'ai l'impression qu'on sous-estime les erreurs jusqu'à présent… lorsque nous effectuons des analyses sur des diagrammes pour trouver des événements indésirables, nous étudions également les données reconnues comme facteurs déclencheurs… D'accord, ces facteurs déclencheurs… sont des événements indésirables potentiels. Mais je soupçonne que certaines autres erreurs produites ne sont pas recensées… Et je pense que les données dans les diagrammes sont sous-estimées, puisque les erreurs produites ne sont pas recensées ou qu'elles ne sont pas apparentes, alors il nous est impossible de les repérer après coup. »*

> *« Nous n'avons pas [de système semblable à celui] mis sur pied en Australie. Nous n'avons pas de système de surveillance des incidents… Il nous est impossible de faire la collecte de données au sujet des incidents évités ou des erreurs latentes. C'est vraiment impossible. Puis, on estime que les systèmes de déclaration en Amérique du Nord passent à côté de 95 % des erreurs produites. »*

D'autres répondants étaient plus encourageants au sujet de l'impact des systèmes de déclaration en place. Comme les systèmes n'interceptent pas toutes les erreurs, plusieurs répondants ont souligné l'existence de nombreuses erreurs ne comportant pas de conséquences cliniques.

> *« Étant donné que la grande majorité des erreurs de médicaments n'ont pas de conséquences cliniques… ou que le mauvais médicament administré au mauvais moment n'a pas occasionné de morbidité ou de mortalité chez le patient, on ne recueille pas vraiment l'information. " Zut, je le sais que j'aurais pas dû faire cela, mais si on retarde l'administration du médicament de vingt minutes, son action va s'épuiser totalement ou*

presque. " Mais nous recueillons probablement de l'information au sujet des événements indésirables graves. »

De nombreux répondants ont mentionné que la peur du blâme et l'approche punitive étaient des raisons justifiant le nombre sous-estimé d'événements indésirables déclarés. L'un d'entre eux précise ce qui suit :

« *Je pense qu'on retrouve encore un biais au sein du système… et que la personne qui rédige le rapport d'incident peut, d'une certaine façon… faire l'objet d'une mesure disciplinaire quelconque.* »

Un répondant a affirmé que même s'il n'a jamais vu personne se faire imposer de mesure disciplinaire à cause d'une erreur médicale, on croit généralement au sein de l'organisme qu'une personne qui commet une faute sera réprimandée.

« *Ça fait deux ans que je travaille ici… et j'ai jamais vu un membre du personnel se faire réprimander, de manière officielle, pour une erreur médicale, quelle qu'elle soit… Mais je pense que les gens croient encore qu'en déclarant une erreur, ils seront blâmés ou en subiront les conséquences… Et habituellement, c'est pas le cas, même si en réalité… une infirmière qui a fait six erreurs de médicaments en un mois n'a probablement pas les compétences voulues pour administrer des médicaments… On ne peut pas le nier. Mais on ne devrait pas blâmer les gens, parce qu'en le faisant et en leur laissant sentir qu'ils… le méritent, on les encourage à ne pas déclarer les erreurs par la suite.* »

Plusieurs répondants ont indiqué que les gens sont peut-être trop occupés pour déclarer les erreurs, qu'ils ne savent pas comment faire ou qu'ils n'y pensent tout simplement pas. Selon certains, l'éducation du personnel quant à la façon de déclarer les erreurs et à l'importance de la déclaration serait un bon moyen de favoriser cette pratique.

« *Je pense que c'est parce que nous sommes tous très occupés. Nous reconnaissons souvent un événement indésirable et nous prenons toutes les mesures qu'il faut au niveau local. Il se peut que ce soit un événement indésirable qui résulte d'un de mes gestes ou de celui qu'une infirmière ou un collègue a posé et dont j'ai été témoin. J'agis en conséquence dans mon unité, mais il se peut que j'oublie d'entrer l'information dans la base de données " officielle " des événements indésirables.* »

Un répondant a souligné que les publications traitent désormais davantage des rapports d'erreurs médicales qu'auparavant, laissant entrevoir ainsi que la culture des soins de santé évolue.

> « *Si on jette un coup d'œil aux publications portant sur les erreurs médicales (j'ai écrit un article résumant la tendance des 60 dernières années)… et qu'on remonte jusqu'en 1940, …il y avait en moyenne un rapport par année au sujet des erreurs médicales. Si je me souviens, en 1998, on en recensait environ 200 [par année], et plus de 1 000 en 2001. Cette hausse spectaculaire du nombre de publications au sujet des erreurs médicales peut s'expliquer de deux façons : soit que les erreurs médicales s'accroissent considérablement, soit que les gens ont plus tendance à en parler. Et je crois que la seconde explication est la bonne. Quelques personnes ont fait valoir que les progrès technologiques en médecine ont contribué à accroître le nombre d'erreurs, et c'est probablement vrai. Mais la prolifération des publications sur les erreurs médicales est en partie attribuable au fait que les gens sont de plus en plus enclins à en parler. …La culture du silence est remplacée par celle de la sécurité des patients avant tout. …Je n'avais jamais imaginé que je serais témoin d'un changement [tel] qu'on a pu l'observer au cours des dernières années. C'est tout un phénomène.* »

3.3.2.4 Projets ou initiatives en cours pour réduire les erreurs liées aux soins de santé et améliorer la sécurité des patients

On a mis sur pied dans l'ensemble du pays un certain nombre de projets ou d'initiatives afin de réduire les erreurs liées aux soins de santé et d'améliorer la sécurité des patients (la liste complète figure à l'annexe E). Dans chaque organisme et à l'échelle du pays, beaucoup d'initiatives visent à sensibiliser les gens à l'importance des erreurs médicales et de la sécurité des patients par le biais d'exposés et de séminaires. Par exemple,

> « *…À l'occasion de séances scientifiques, il y a eu des exposés sur le rapport américain intitulé « To Err is Human: Building a Safer Health System ». Beaucoup de gens ont assisté à de nombreuses conférences sur les erreurs médicales. Il y a eu des discussions à certains endroits où de tels échanges à ce sujet n'auraient jamais eu lieu auparavant.* »

De nombreux répondants ont également observé des changements au niveau des politiques, des produits (étiquetage des médicaments) et des pratiques courantes à la suite de l'analyse des rapports d'incident. Le répondant suivant a discuté d'un changement survenu après une erreur lors de l'utilisation d'héparine.

> « *Les erreurs liées à l'utilisation d'héparine en cardiologie… ont créé beaucoup de remous puisqu'on utilisait la mauvaise solution d'héparine à la fois pour les sondes et pour les perfusions. Nous avons modifié l'étiquetage de l'héparine, nous avons changé le lieu où nous la conservions et nous avons surveillé les pratiques de toutes nos unités de soins infirmiers. Voilà l'une de mes plus grandes réussites au sujet des erreurs.*

Plusieurs répondants ont discuté de l'amélioration de la qualité. Voici un exemple :

> « *Il semble, de nos jours, que nous participons à une grande variété d'activités interdisciplinaires et intersectorielles qui sont orientées vers l'amélioration de la qualité. Notre organisme croit fermement que pour faire avancer les choses au sujet de la sécurité des patients et de l'amélioration de la qualité, il faut inciter nos professionnels à travailler en équipe de manière plus efficace. Nous jouons très certainement un rôle sur le plan des politiques gouvernementales en essayant de modifier la façon dont les médecins, pas [seulement] les médecins, ou plutôt les professionnels de la santé sont formés, travaillent en équipe et favorisent l'esprit d'équipe.* »

Parmi les répondants, quatre chercheurs effectuaient des études au moment de l'enquête. L'exemple ci-dessous montre un type de recherche en cours.

> « *En collaboration avec mes collègues, je tente de déceler les risques potentiellement dangereux. En fait, la situation idéale est d'adopter une attitude proactive, de se pencher sur la pratique actuelle et de vérifier s'il est possible de détecter un risque potentiel. Autrement dit, si une personne effectue l'action A au lieu de l'action B, est-ce que la patient peut être blessé? Si la réponse est oui, à moins que l'action A ne s'avère absolument nécessaire, on la rend alors impossible à réaliser afin de prévenir la possibilité de blessure ou de décès. On essaie de faire cela dans la plupart des cas; mais si on n'attire pas notre attention sur ces choses-là, c'est plus difficile. Cependant, il y a des domaines où je travaille à la fois avec mes collègues canadiens et américains au sujet de la confusion parfois créée par des noms de médicaments similaires. Très souvent, ces noms sont à l'origine des erreurs de prescription, de délivrance et d'administration… de médicaments, comme Cerebrex® et Celebrex®. Dès que le deuxième a été lancé sur le marché, ça a semé beaucoup de confusion entre les deux. Nous effectuons [également] des recherches pour estimer, de manière informatique, la probabilité d'erreur*

en fonction de l'épellation et de la prononciation des noms choisis par l'industrie pharmaceutique. »

D'autres répondants ont mentionné la création de comités tant internes, qu'interorganisationnels et nationaux pour aborder les questions se rattachant aux erreurs liées aux soins de santé et à la sécurité des patients. Ces comités sont chargés à la fois de dossiers généraux portant sur la sécurité des patients et de dossiers particuliers portant sur certains points, tels la déclaration des incidents liés aux médicaments. Un exemple est le comité directeur mis sur pied par le Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada.

« *Le comité directeur réunira des représentants des médecins spécialistes, des médecins de famille, des infirmières et des pharmaciens. Il regroupera également des experts en informatique, des gens qui s'y connaissent en politique de la santé et des membres du public. Le comité sera divisé en cinq groupes de travail : 1) mesure et évaluation; 2) questions liées aux systèmes; 3) réglementation; 4) formation et perfectionnement professionnel; 5) information et communication.* »

Un répondant a donné un autre exemple d'un comité sur la déclaration des incidents liés aux médicaments :

« *En collaboration avec une coalition d'organismes de soins de santé, nous tentons actuellement de mettre au point un système de déclaration et de prévention des incidents liés aux médicaments… dont l'idée a pris naissance il y a environ un an… Un entrepreneur travaille actuellement à l'élaboration d'un plan d'activités pour ce système… qui doit faire l'objet d'un rapport final qui sera déposé à la fin de février 2002. …L'intention sous-jacente est, d'une part, de trouver un moyen de recueillir l'information sur les incidents liés aux médicaments, de l'évaluer et de communiquer les résultats… aux divers praticiens qui en ont besoin, et, d'autre part… d'avoir un groupe de surveillance chargé de faire des recommandations aux organismes qualifiés en vue d'apporter des changements au système. Ces organismes étant soit le gouvernement fédéral, si c'est une question de produit, soit un organisme professionnel, si c'est une question d'exercice de la profession, soit un groupe de professionnels volontaires, si c'est une question de normes professionnelles.* »

Un des répondants a parlé d'un comité interne chargé de se pencher sur les pratiques sans risques liées aux médicaments.

> « *[Nous avons formé] un sous-comité sur les pratiques sans risques liées aux médicaments. Notre première initiative a été d'enlever le chlorure de potassium concentré dans toutes les unités et, jusqu'à présent, nous avons atteint 80 % de notre objectif.* »

Un répondant nous a mentionné qu'à la suite du Rapport Sinclair (Manitoba), un programme de mentorat a été mis en place.

> « *Il [programme de mentorat] est né des conséquences du Rapport Sinclair… La question portait sur les nouveaux médecins et leurs titres ainsi que sur leur capacité de pratiquer des opérations, en particulier pour les chirurgiens. Ça s'appliquait à tous les médecins nouvellement embauchés. Alors, en plus de la réorganisation du processus de délivrance des titres et de la vérification plus poussée des références, on exige des nouveaux médecins qu'ils soient jumelés avec un mentor dont le rôle n'est pas nécessairement de les observer ou de les encadrer, mais d'être présent au cours des deux ou trois premiers mois pour suivre leur rendement afin qu'il coïncide avec les attentes associées à leurs titres. Cette procédure est nouvelle et elle n'est pas encore en vigueur dans toutes les unités. Mais il est évident qu'elle s'applique en chirurgie puisque le problème a surgi de là. Cette initiative était due tant aux services internes qu'aux services externes.* »

Le dernier exemple concerne un groupe consultatif sur la sécurité des patients qui a été mis sur pied pour réagir et intervenir à la suite d'erreurs liées aux soins de santé dans toutes les disciplines.

> « *Le plus grand district de notre région a mis en place un groupe consultatif sur la sécurité des patients dont le rôle principal sera de trouver des solutions et de coordonner leurs applications dans toutes les disciplines en vue d'une diffusion interdisciplinaire de l'information.* »

3.3.2.5 Mesure dans laquelle les initiatives ou les projets favorisent la déclaration des erreurs liées aux soins de santé

Parmi l'ensemble des répondants interrogés, neuf ont affirmé que les initiatives ont favorisé une hausse de la déclaration des erreurs, trois ont répondu qu'elles ont probablement favorisé une certaine hausse, onze ont indiqué qu'elles n'avaient pas favorisé de hausse, deux ont prétendu qu'il était trop tôt pour le savoir, sept ont admis qu'ils espéraient constater une hausse (même s'ils n'étaient pas certains) et quatre ont révélé qu'ils ne savaient pas. Un répondant a précisé que le changement de culture favorisera très certainement la déclaration d'erreurs.

> *« Je pense qu'en abordant le sujet ouvertement, on observe un changement de culture. Et pour avoir participé au processus d'examen, je sais… que nous percevons un plus grand sentiment d'aise à l'égard des erreurs et un plus grand… ou plutôt, davantage… de professionnels de la santé… à mon avis, sont tolérants envers les erreurs, car ils constatent qu'un processus a été mis en place. Alors qu'avant on se pointait tous du doigt, maintenant on sait qu'il y a un processus en place pour s'attaquer aux erreurs et qu'il ne vise pas à blâmer une personne, mais bien à lui fournir un appui. Et je crois que c'est pour cette raison qu'il va y avoir de plus en plus de déclarations. En conséquence, nous pourrons analyser l'information en vue de faire des changements pour réduire les erreurs liées aux soins de santé. »*

3.3.2.6 Mesure dans laquelle les initiatives ou les projets réduisent les erreurs liées aux soins de santé et les événements indésirables

De nombreux répondants ont déclaré que leur organisme n'avait probablement pas encore enregistré une baisse du nombre d'erreurs liées aux soins de santé puisque leurs projets sont trop récents. Parmi les répondants interrogés, trois ont répondu qu'ils avaient l'impression que les initiatives avaient contribué à réduire le nombre d'erreurs, neuf ont admis qu'ils n'avaient pas l'impression qu'elles avaient réduit le nombre d'erreurs et d'événements indésirables, un a dit espérer qu'elles réduisent le nombre d'erreurs, onze ont précisé qu'ils ne le savaient pas et cinq ont indiqué qu'elles n'avaient pas réduit le nombre d'erreurs jusqu'à présent.

Un répondant a révélé que son organisme ne mesurait pas les résultats avec suffisamment de rigueur pour pouvoir déterminer s'il y avait une réduction d'erreurs.

> *« Le fait de ne pas bien mesurer les résultats explique en partie le problème. L'évaluation initiale et l'évaluation finale ne sont pas toujours bien effectuées. Jusqu'à quel point va-t-on être capable de le faire? Les restrictions budgétaires sont, à ce moment-ci, la principale préoccupation qui touche tout le monde. C'est sûr que la sécurité des patients est importante, mais on a tendance à s'y attarder une fois les questions d'ordre opérationnel réglées. »*

Un autre répondant a discuté de l'application des facteurs humains aux erreurs médicales.

> *« Ça n'a pas changé le processus de déclaration, mais… [nos efforts ont] réduit le nombre d'erreurs… nous avons pris un modèle, puis une*

maquette d'un appareil commercial existant. Par la suite, nous avons analysé le tout à partir de la perspective technique du facteur humain. …Nous avons complètement modifié l'interface personne-machine pour cet appareil. Et nous avons démontré que lorsqu'on utilise une interface axée sur la personne, les erreurs diminuent. »

3.3.2.7 Limites des projets ou des initiatives

Selon les répondants, certains facteurs viennent contrecarrer la réussite des projets, notamment les suivants :

- système punitif;
- manque de recul;
- déclaration volontaire;
- culture organisationnelle;
- manque de ressources.

En ce qui concerne plus précisément la culture organisationnelle, un répondant a affirmé ce qui suit.

« *Au point de vue culturel, il a toujours été difficile d'amener les gens à parler des événements indésirables évitables, à la fois en raison de leurs habitudes de travail, de leur crainte de perdre le respect des collègues et de leur peur des poursuites. Mais aussi parce qu'ils ne voient pas l'utilité de déclarer les erreurs si ça n'a pas une incidence positive au bout du compte. Parfois ça ne vaut pas la peine de s'arracher les cheveux s'il n'y a pas de système adéquat en place pour évaluer et réduire les erreurs.* »

Ce répondant a ajouté que le manque de ressources peut être un obstacle au suivi des erreurs.

« *On ne doit pas oublier les ressources [nécessaires] dont il faut disposer si on décide de déclarer les erreurs. On a besoin de gens qui ont le temps d'assurer le suivi, de penser à des changements possibles et de voir si ces derniers améliorent les soins de santé et réduisent les erreurs. Ce qui entraîne la mobilisation d'un grand nombre de ressources.* »

3.3.2.8 Autres projets visant à mettre en œuvre de nouvelles initiatives ou à poursuivre les activités actuelles en vue de réduire les erreurs liées aux soins de santé et les événements indésirables

Les répondants ont suggéré un certain nombre de façons de mettre en œuvre de nouvelles initiatives ou de poursuivre les activités existantes en vue de réduire les erreurs liées aux soins de santé et les événements indésirables (la liste complète figure à l'annexe E). Sept répondants ont dit collaborer avec des personnes, des organismes ou des provinces. En voici des exemples :

> « *Nous collaborons, entre autres, avec la communauté des soins infirmiers à travers le pays pour établir des indicateurs sur la sécurité liée à la vie au travail.* »

> « *Nous tentons de mettre sur pied un " groupe des meilleures pratiques en matière de médicaments " ainsi qu'une équipe de gestion des risques d'erreurs.* »

> « *Je fais partie du groupe de travail sur la sécurité des patients aux États-Unis. C'est un comité chapeauté par [une association professionnelle] qui est chargé de trouver des initiatives pour réduire les erreurs. L'une d'entre elles est d'inviter les gens à nous proposer des cas cliniques afin d'effectuer l'analyse et de déterminer l'erreur en cause pour ensuite procéder à… l'analyse des causes profondes et à la publication de nos résultats dans une revue [scientifique]. L'initiative est actuellement en place, et je travaille sur le premier cas clinique. Les résultats seront publiés d'ici une semaine ou deux.* »

Plusieurs répondants ont discuté de l'importance d'adopter une culture favorisant la sécurité et d'apprendre aux gens à accepter leurs erreurs. L'exemple qui suit le montre clairement :

> « *J'imagine que de nombreux médecins résidents et boursiers viennent dans mon unité, et j'en profite pour leur apprendre à accepter leurs erreurs. De sorte qu'en " passant le mot ", je crée une génération, ou plutôt j'essaye de créer une génération de [spécialistes]… qui seront plus enclins à déclarer leurs erreurs. J'ai également essayé d'impliquer des [spécialistes] de la région en leur présentant une séance scientifique sur les erreurs [médicales], et beaucoup d'entre eux ont démontré leur intérêt… J'espère " passer le mot " en leur transmettant des connaissances sur les erreurs et sur la déclaration de celles-ci… Mais la portée doit être plus grande que cela. On doit favoriser une approche ascendante. On doit informer tout le monde, les concierges, les*

infirmières et les médecins, toutes les personnes intéressées, et pas seulement les têtes dirigeantes… »

Plusieurs répondants, dont le suivant, ont discuté de l'enseignement en matière d'erreurs médicales offert aux étudiants en médecine et aux cliniciens.

« Nous avons recensé les cas et nous les avons regroupés dans un document pour permettre aux étudiants de se renseigner à ce sujet. Ils lisent ensuite une analyse de toutes les erreurs qui se sont produites dans chaque cas. À la fin du manuel, il y a un glossaire qui… leur fournit toutes les définitions. On essaie de faire des efforts pour les initier à la terminologie employée dans le domaine des erreurs médicales. On donne également l'exemple de vrais cas cliniques pour leur montrer comment les erreurs se produisent dans la pratique. »

D'autres répondants ont précisé qu'ils adopteraient ou poursuivraient une approche orientée vers l'amélioration de la qualité dans l'espoir de voir la sécurité des patients améliorée.

« Je suis très impliqué dans l'amélioration de la qualité, et indirectement, les efforts d'amélioration de la qualité accroîtront certainement la sécurité. Avec le " Programme [X] ", je prévois avoir la chance… d'exercer une influence sur le choix des indicateurs comme cibles. Et j'espère que nous allons suivre les indicateurs MIRE [Mesures implantées pour le renouveau de l'évaluation] des recommandations du Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS), qui comprennent les dimensions suivantes : réponse aux besoins, compétence du milieu, approche centrée sur le client ou la communauté et milieu de travail. Bien évidemment, la compétence du milieu est liée à la sécurité. »

Un autre exemple d'initiative est l'évaluation des chutes des patients. Elle consiste à mettre au point un système d'évaluation des risques de chute et à déterminer les besoins en matière de soins infirmiers en fonction de l'évaluation des risques.

Enfin, plusieurs répondants ont ajouté qu'ils souhaiteraient éduquer les patients et élaborer une politique sur la divulgation des erreurs médicales.

« On travaille à élaborer une déclaration des droits des patients. Elle n'est pas terminée puisqu'elle est encore à l'étape de la conception. …Je veux également élaborer une politique. L'hôpital n'en possède pas actuellement au sujet de la divulgation des erreurs médicales, en particulier celles qui peuvent prolonger le séjour du patient ou lui causer

des préjudices. Présentement c'est au médecin d'y voir. ...Je crois qu'en tant qu'établissement de soins de santé, nous devons nous munir d'une telle politique. »

Plusieurs chercheurs ont proposé divers sujets d'intérêt en matière d'erreurs médicales, comme ceux-ci :

- sondage pancanadien sur l'utilisation des appareils de perfusion afin d'en savoir davantage sur la fréquence des événements indésirables;
- recherches en collaboration avec des collègues universitaires américains sur le suivi et l'amélioration de la sécurité des patients;
- recherches sur l'utilisation des innovations en cybersanté;
- examen des pratiques en matière de sécurité d'un centre d'appels des services médicaux d'urgence situé dans une zone urbaine.

3.3.2.9 Culture organisationnelle permettant de relever les erreurs liées aux soins de santé et d'améliorer la sécurité des patients

Les répondants ont indiqué un certain nombre d'aspects de la culture des organismes qui aideraient à détecter les erreurs liées aux soins de santé et à améliorer la sécurité des patients (la liste complète figure à l'annexe E). La culture non punitive est, selon les répondants, l'un des aspects qui faciliterait le plus la déclaration des erreurs. À ce sujet, les commentaires suivants ont été formulés :

- « *Lorsque [le personnel] sait que nous ne cherchons pas à jeter le blâme, mais que nous désirons améliorer la situation, il est beaucoup plus coopératif.* »
- « *Mettre l'accent sur la nécessité de déclarer... essayer d'en faire une approche non punitive.* »
- « *Trouver un processus efficace pour effectuer l'analyse des causes profondes et pour bâtir une culture au sein du district.* »
- « *Valoriser et faire participer le personnel de première ligne ...lui témoigner de la reconnaissance — une reconnaissance méritée pour ce qu'il fait.* »
- « *On s'éloigne tranquillement des audiences disciplinaires formelles et commodes, qui sont des procédures accusatoires.* »
- « *Nous tentons d'atténuer le sentiment de malaise provoqué par les erreurs, tout en reconnaissant qu'elles vont se produire.* »
- « *On doit adopter une culture qui ne vise pas à punir les gens... les lois ne jouent aucun rôle dans la sécurité des patients... on vit dans un pays*

dans lequel les lois semblent avoir priorité sur les objectifs sous-jacents de la médecine. »

La culture non punitive est essentielle à la divulgation totale et transparente des erreurs médicales et à la promotion d'une approche systémique de l'analyse des erreurs.

Plusieurs répondants ont commenté la façon dont une approche non punitive pourrait créer un environnement organisationnel valorisant la sécurité.

- « *Une approche non punitive, une approche éducationnelle et une approche d'amélioration de la qualité [sont toutes nécessaires] pour protéger les informations au sujet des erreurs.* »
- « *La principale solution est de se débarrasser du concept de blâme… on l'utilise pour analyser le système et pour trouver un bouc émissaire.* »
- « *La chose la plus importante est d'arrêter de blâmer les gens… ce n'est pas parce qu'on commet une erreur qu'on est incompétent.* »
- « *Une approche non punitive nous aide à démarrer l'enquête, à établir les faits de manière précise.* »
- « *Un système de déclaration non punitif au sein duquel les médecins, les infirmières et les autres professionnels de la santé sont à l'aise de signaler à la fois les problèmes individuels et ceux liés au système.* »

Un répondant a ajouté qu'il est nécessaire d'éduquer les gens pour leur faire comprendre qu'il est normal de faire une erreur.

> « *Eh bien, je crois [que c'est important] de permettre aux gens… de développer une culture [dans laquelle] il est permis de prendre un risque, de commettre une erreur. Après tout, on est humain, puis ça va se produire de toute façon. Nous allons faire de notre mieux pour mettre en place des procédures [et] un système pour redresser le tout, mais il peut y avoir des situations où [des erreurs] seront commises. …En fait, nous essayons de trouver ce qui provoque une erreur, pour ensuite apporter [des changements] et empêcher qu'elle ne se produise de nouveau. Alors [nous avons besoin] que les gens nous signalent les erreurs, ce qui nous permet de les éduquer et d'éviter que les erreurs ne se répètent dans le futur.* »

Plusieurs répondants ont souligné l'importance d'une approche systémique pour étudier les erreurs médicales.

- « *Il faut [avoir recours à] une approche systémique plutôt que de blâmer les gens et de prendre un engagement en vue de corriger les problèmes qui causent les erreurs.* »

- « *L'idée que les problèmes systémiques seront réglés.* »
- « *Passer d'une culture où l'on tente de trouver qui a commis une erreur pour aborder le problème du point de vue de l'individu à une culture qui s'intéresse aux causes sous-jacentes et aux problèmes du système liés à l'erreur.* »

Afin de favoriser un tel environnement, plusieurs répondants ont déclaré qu'un engagement de la part des dirigeants des organismes de soins de santé et du gouvernement est important.

> « *...On peut difficilement faire avancer les choses [au sujet de la sécurité des patients], et peu d'initiatives seront prises si les haut dirigeants et les chefs de la direction n'y croient pas. ...On a besoin de quelqu'un directement d'en haut, peu importe le niveau, une personne du Ministère, de Santé Canada ou de la haute direction d'un organisme de soins de santé ou bien d'un dirigeant qui y croit et qui va faire [avancer] les choses. Si on fait juste en parler sans vraiment agir, [eh bien] on n'ira pas loin. Et c'est pour cela qu'il faut faire de la sécurité des patients une priorité. Ce n'est pas facile. Actuellement, tous les défis posés par le système de santé sont également un problème pour les professionnels. La sécurité des patients peut être perdue de vue dans tout ça.* »

Cinq répondants ont également affirmé qu'il faut avoir davantage de ressources pour intervenir en cas d'erreur médicale. Il faudrait notamment diminuer la charge de travail actuelle du personnel et augmenter les ressources financières et humaines pour faire face aux erreurs. Trois répondants ont précisé qu'une infrastructure adéquate et la technologie informatique sont nécessaires pour déceler les erreurs. Deux autres répondants ont indiqué qu'il faudrait mettre en place des méthodes systématiques de collecte des données afin de détecter de manière plus précise les erreurs.

3.3.2.10 Obstacles et difficultés qui compliquent la détection des erreurs et la promotion de la sécurité

Les répondants ont cerné de nombreux obstacles et difficultés qui compliquent la détection des erreurs et la promotion de la sécurité (la liste complète figure à l'annexe E). Le système punitif ou accusatoire de déclaration des erreurs a été l'obstacle le plus souvent mentionné.

Voici quelques exemples de l'approche punitive :

- « *Je crois qu'un système punitif décourage certainement la déclaration d'erreurs. J'ai déjà travaillé dans un hôpital où la politique, si je me*

souviens bien, était la suivante : trois erreurs médicales commises et l'employé est renvoyé. Et elle a été en vigueur pendant un bon nombre d'années. Tout le monde — les infirmières, le personnel, etc. — de cet immense hôpital connaissait la politique. Personne n'a jamais été renvoyé, mais l'approche était très punitive. Les gens en avaient peur. En particulier, j'imagine, quand tu avais déjà deux erreurs à ton actif, puisque la troisième te faisait perdre ton boulot. Je pense que ce genre de système est très punitif. »

- « *On retrouve encore… une approche plutôt punitive pour faire face aux erreurs et je crois que les gens ont peur de soulever la question.* »
- « *Les gens font l'objet de mesures disciplinaires pour les erreurs qu'ils commettent.* »
- « *Il faudrait changer la culture. Je crois qu'il y a une culture fondée sur le blâme et qu'on prend pour acquis la diligence du praticien.* »
- « *La peur d'être pointé du doigt est un des principaux problèmes.* »

Un répondant a parlé de l'équilibre entre la transparence au niveau de la déclaration et de la divulgation et les questions liées à la responsabilité.

> « *Nous devons… trouver le juste équilibre : faire parler les gens ouvertement tout en faisant en sorte qu'ils s'exposent le moins possible à des poursuites judiciaires — c'est-à-dire qu'ils doivent parler de possibilités sans réellement savoir, à ce stade-là, ce qui s'est réellement produit. Et il faut trouver l'équilibre, comme je l'ai mentionné, pour protéger la responsabilité tout en favorisant l'ouverture et la divulgation. Et on se débat avec ça parce qu'on ne peut pas se permettre d'attendre que le système juridique change — ce serait trop long —, alors on prend des risques… Un des obstacles, je crois, est de faire comprendre aux gens que leurs communications, tant orales qu'écrites, sont extrêmement importantes et que nous ne voulons pas que certains professionnels de la santé, comme c'est déjà arrivé dans le passé, résument en une phrase un aspect plutôt audacieux des soins fournis par un autre professionnel alors qu'ils ne sont pas vraiment au courant de ce qui s'est produit. Et tout cela devrait se faire de façon objective et structurée… les gens [doivent] absolument favoriser une bonne communication et une bonne documentation… Alors, comme je l'ai dit, la difficulté consiste, à mon avis, à s'assurer que les gens comprennent comment communiquer efficacement et prendre la situation en main, tout en se protégeant contre des poursuites.* »

Sept répondants ont affirmé que le manque de temps et de ressources humaines, financières et technologiques sont également des obstacles à la déclaration des erreurs. Les commentaires suivants portent sur le manque de ressources.

- « *Les vrais défis se trouvent au niveau des ressources humaines… Nos ressources sont surexploitées, en ce qui concerne par exemple les inhalothérapeutes, et à partir de maintenant il n'y en aura plus lors des accouchements présentant un risque élevé. Je crois que ça va se refléter dans les soins donnés aux patients. C'est parfois difficile d'encourager l'amélioration de la qualité et de la sécurité puisque nous ne disposons pas des ressources nécessaires, soit le personnel et ses compétences, pour faire autant de choses que la semaine précédente seulement.* »
- « *[Un des problèmes est] la pénurie de pharmaciens; puis la lourde charge de travail.* »
- « *On n'a pas nécessairement de bons systèmes d'information… il faut avoir de bons équipements, un bon personnel… c'est très difficile de trouver des infirmières, des médecins… si on fonctionne de façon minimaliste … puis ça ne renforce sûrement pas notre capacité de créer un environnement plus sécuritaire.* »

En ce qui concerne la taille de l'organisation, deux répondants ont dit que la complexité des grands organismes représentait un obstacle à la détection des erreurs liées aux soins de santé et à la promotion de la sécurité.

> « *Au sein des petits organismes, [lorsque] quelque chose se produit, tout le monde le sait car c'est plus facile. Dans les grands organismes, c'est plus difficile en raison… du manque de personnel et de ressources. Nous savons que les taux d'erreurs ne cessent de croître, même si ce n'est pas signalé. Nous savons que… les gens sont fatigués. Alors il y a beaucoup de facteurs qui contribuent à la hausse des taux d'erreurs, je crois.* »

Les répondants ont également discuté des défis de nature juridique, comme la peur des poursuites, en tant qu'obstacles à la déclaration des erreurs. Par exemple :

> « *Je crois… qu'il y a toujours un sentiment de peur à l'égard des poursuites… sentiment qui reste vague et qui n'est pas très répandu au cœur de la société canadienne, mais qui est tout de même là, suspendu au-dessus de la tête des praticiens. Comme je l'ai mentionné, la législation actuelle rend difficile le partage d'information… récemment, des erreurs semblables aux nôtres se sont produites à deux ou trois heures d'ici, dans un établissement d'une autre province qui compte moins d'un million d'habitants. Le fait de ne pas pouvoir échanger d'information… avec les autres en raison de la législation est un obstacle considérable.* »

Deux répondants ont indiqué que les gens ne savent pas ou ne pensent pas à déclarer les erreurs liées aux soins de santé. Un répondant a admis qu'il y avait beaucoup d'« ignorance » et que la plupart des employés « ne comprenaient pas réellement la nature de l'erreur ».

Deux répondants ont également souligné qu'il était souvent difficile d'obtenir un engagement de la part des médecins, mais que cet engagement était important pour la déclaration des erreurs liées aux soins de santé.

3.3.2.11 Suggestions concernant le partage rapide de l'information au sujet des erreurs liées aux soins de santé et de la sécurité des patients

Dix-neuf répondants ont déclaré qu'il serait utile d'échanger les informations au sujet des erreurs liées aux soins de santé par le biais d'Internet (site Web, courriel, Listserv™, session de bavardage, babillard électronique). Les commentaires ont été les suivants :

- « *Par courriel pour les groupes, comme des forums électroniques ou des sessions de bavardage.* »
- « *Systèmes réseautés… ressource centrale, des fils de discussion et des salons de bavardage.* »
- « *Des courriels… des bulletins électroniques… ça devrait être… accessible sur le Web ou rapidement.* »
- « *Internet est un bon moyen pour ce genre de chose, et le fait d'être en réseau peut permettre aux gens de poser des questions.* »
- « *Faire valoir le bien-fondé d'une page Web …sur le lieu de travail des [groupes de spécialistes], afin que les médecins prennent connaissances des cas et qu'ils en discutent. On sait alors qu'on peut parler des erreurs. L'échange d'information serait possible entre les disciplines en raison de leur nature générale, sans oublier que chaque discipline possède son propre type d'erreurs " phénotypiques " comme on les appelle. C'est possible de parler des erreurs générales puisque le principe de l'erreur, fondamentalement, est le même, mais les erreurs phénotypiques des spécialités… [sont] propres à une spécialité. Le type d'erreur que je fais [dans ma spécialité] n'est pas le même que celui d'un obstétricien.* »

Selon six répondants, pour faciliter l'échange d'information, il faudrait que la déclaration soit anonyme ou l'approche non punitive.

Six répondants ont également souligné qu'un dépôt central des sources d'information serait utile pour échanger l'information de façon opportune.

- « *Mettre sur pied un dépôt central pour favoriser l'apprentissage serait une bonne idée.* »
- « *Une base de données électronique [serait utile afin] de partager nos informations.* »

D'autres ont précisé qu'un système pancanadien de déclaration des incidents serait utile pour l'échange d'information. Une personne a cependant été réticente à l'idée d'une base de données nationale.

> « *Je sais qu'aux États-Unis, ils ont une base de données nationale qui n'est pas une réussite. Et ça a certainement… laissé un goût amer à de nombreux praticiens, puisque tout est divulgué aux associations professionnelles qui prennent ensuite des mesures disciplinaires contre eux. On ne s'en sort pas. Par contre, un organisme national sur la sécurité des patients serait une excellente initiative. La déclaration serait facilitée, mais c'est difficile de le faire tout en renonçant à la culture du blâme. C'est le plus grand problème.* »

Plusieurs répondants ont également mentionné qu'il faudrait nécessairement des données et des normes méthodologiques en vue de comparer les données. Ils ont également souligné l'importance d'établir des définitions normalisées des erreurs liées aux soins de santé et des événements indésirables. Un certain nombre de répondants ont proposé que l'échange d'information se fasse par le biais d'un bulletin ou d'une lettre en format imprimé. Un répondant a fait remarquer qu'on doit d'abord établir le type d'information qui sera échangé avant de discuter du processus d'échange comme tel. Un autre répondant a cependant suggéré le contraire : on doit recueillir l'information avant même de décider de sa nature et de ce qu'on va en faire par la suite.

3.3.2.12. Mise sur pied d'un comité chargé d'étudier les questions des erreurs liées aux soins de santé et de la sécurité des patients

Parmi l'ensemble des répondants, trente-trois étaient d'accord pour la mise sur pied d'un comité sur la sécurité des patients, un n'était pas d'accord, cinq étaient plutôt réticents et quatre disaient avoir déjà constitué un comité. Un répondant a proposé la formation d'un comité provincial.

Au sujet de la formation d'un comité, les commentaires suivants ont été formulés.

- « *On peut toujours apprendre des autres.* »
- « *L'avantage d'un comité est bien souvent lié aux membres du comité et à leur désir de partager l'information, ainsi qu'à leur capacité de tirer*

profit de cette information pour favoriser le changement au sein de leur établissement. »

- « *Toute initiative réellement efficace aurait des échos… à tous les niveaux… certainement sur le plan national… mais ensuite… le mouvement devrait être descendant… pour rejoindre directement le milieu des soins donnés aux patients afin d'être vraiment efficace.* »
- « *Je ne suis pas certains si on doit former de nouveaux comités. Je crois qu'il existe probablement certaines structures qui sont parfaitement viables et fonctionnelles.* »
- « *Les membres du comité devraient provenir de chaque province ou territoire.* »
- « *Le domaine des soins de santé relève des provinces… s'il y a création d'une autorité législative, elle devrait être provinciale… un comité national pourrait être utile, mais il le serait encore plus s'il possédait des ramifications provinciales.* »
- « *On peut toujours tirer profit des idées et des expériences des autres… les délégués syndicaux du gouvernement et du système de soins de santé doivent s'intéresser à la qualité et ils doivent l'intégrer aux indicateurs de déclaration qui figurent sur la fiche de rendement des soins de santé… nous avons besoin que nos gouvernements fassent preuve de leadership.* »
- « *Un comité identique ou comparable à la National Patient Safety Foundation qui existe aux États-Unis et en Australie.* »

À propos de la collaboration intersectorielle, un répondant a dit ceci :

> « *Eh bien, oui, je crois qu'il doit y avoir une communication et une collaboration intersectorielles à chaque niveau. Si on regarde aux États-Unis, on ressent parfois un sentiment d'envie puisqu'à la suite du rapport de l'Institute of Medicine (IOM), on a retenu l'attention des gens au niveau du Président des États-Unis, ce qui a permis de faire avancer les choses… Alors, je pense qu'à tous les échelons, y compris à l'échelon national, on doit créer des comités ou des groupes de travail qui franchissent les barrières entre les divers organismes.* »

Ce même répondant a aussi précisé l'importance d'avoir des chefs de file à l'échelon local.

> « *Une des choses que je souhaite absolument souligner est qu'en bout de ligne… les soins de santé sont dispensés aux niveaux provincial et local, et à moins de faire appel aux gens, de faire appel à des chefs de file au niveau local, un grand nombre d'initiatives prestigieuses sur le plan national ne feront pas nécessairement une grande différence.* »

Un répondant a parlé d'ajouter une section sur les erreurs médicales au formulaire du programme de maintien de la compétence des médecins.

> « *En Ontario, nous [avons] actuellement le MOCOMP, un programme de maintien de la compétence. À la fin de l'année, chaque médecin doit présenter une liste d'activités de formation médicale continue à l'organisme dirigeant de sa province ou de son territoire. Alors pourquoi est-ce qu'il n'y a pas d'espace prévu pour les erreurs et leur examen sur le formulaire? Peut-être que ça devrait faire partie du maintien de la compétence. " Combien d'heures avez-vous consacrées l'année dernière à l'examen de vos erreurs et aux discussions à ce sujet avec vos collègues? " C'est le genre d'information qui ne figure pas encore sur le formulaire du MOCOMP, mais elle devrait y figurer.* »

3.3.2.13 Initiatives que doit prendre l'organisme pour améliorer la sécurité des patients et réduire les erreurs liées aux soins de santé

Les répondants ont recensé un certain nombre d'initiatives en cours, dont la principale est l'éducation, pour améliorer la sécurité des patients et réduire les erreurs liées aux soins de santé à l'intérieur de leur organisme (la liste complète figure à l'annexe E). Voici quelques commentaires à ce sujet :

- « *L'éducation continue et constante… les gens doivent s'assurer de passer le mot par tous les moyens possibles et de le répéter sans cesse.* »
- « *Sensibiliser davantage les gens au problème.* »
- « *Il faut très certainement éduquer les gens. C'est une grande partie du problème… ce sont là une partie des recommandations qui pourraient être faites.* »

Trois répondants ont aussi mentionné la technologie et les systèmes automatisés.

- « *[Nous devons] avoir des systèmes automatisés qui favorisent ce type d'activités… J'ai été très impressionné par le système de [l'hôpital] Latter Day Saints à Salt Lake City.* »
- « *Utiliser l'automatisation le plus possible pour l'entrée des commandes informatisées, le codage par code à barres et la distribution automatisée.* »

Trois répondants ont également indiqué la collecte de données systématique des erreurs.

- « *Une amélioration de la déclaration, pas seulement une meilleure sensibilité aux erreurs, mais une classification précise des erreurs et de leurs causes.* »

Trois répondants ont fait remarquer que des interventions plus efficaces et plus proactives auraient pour effet d'augmenter la sécurité des patients.

- « *Axer tous nos programmes, nos initiatives, nos ressources et autres sur la question de la qualité.* »
- « *Effectuer une analyse des causes profondes.* »

Plusieurs répondants ont affirmé qu'il est nécessaire d'adopter une approche non punitive en vue de sensibiliser les gens à déclarer les informations.

Un répondant a déclaré qu'il serait souhaitable de porter toute l'attention non seulement sur les erreurs médicales, mais également sur les résultats pour les patients.

> « *L'idée de se concentrer uniquement sur l'erreur médicale est l'autre chose qui me dérange un peu. C'est seulement une partie du résultat… Je pense qu'on évalue la mauvaise chose. On devrait évaluer les résultats pour le patient. Si les résultats sont indésirables, on doit alors remonter le courant, trouver si c'est une erreur médicale et la raison pour laquelle elle s'est produite.* »

Un répondant a mentionné que l'amélioration de la santé et de l'environnement des travailleurs contribuerait à la sécurité des patients.

> « *Je pense à la santé de nos employés. L'environnement de travail c'est une priorité, à mon avis. Et il n'est pas convenable actuellement … on n'a pas assez d'employés, on n'a pas assez de lits, on surmène nos employés, ils sont fatigués, ils font des heures supplémentaires, ils ont beaucoup de difficulté à communiquer avec les gens. C'est un des problèmes que nous tentons de résoudre dans notre organisme, réduire notre volume de… temps supplémentaire.* »

3.3.2.14 Initiatives que doit prendre le système de santé canadien pour améliorer la sécurité des patients et réduire les erreurs

Les répondants ont cerné un certain nombre d'initiatives qui doivent être mises sur pied dans le système des soins de santé canadien afin d'améliorer la sécurité des patients et de réduire les erreurs liées aux soins de santé (la liste complète figure à l'annexe E). L'initiative la plus mentionnée a été la création

d'une base de données universelle pour la surveillance et le suivi des erreurs. Un répondant a admis que :

- « *[Nous avons besoin] d'un système de surveillance et de normes nationales pour déterminer ce qui est acceptable au sujet des pratiques sécuritaires.* »

Plusieurs répondants ont également discuté de la collaboration intersectorielle.

- « *...[La collaboration] doit être intersectorielle, interprofessionnelle... les membres doivent être ouverts d'esprit.* »

Plusieurs répondants ont fait remarquer l'importance d'un leadership à l'échelle nationale.

- « *Eh bien, je ne peux pas réellement me prononcer sur ce qui se passe dans le reste du Canada. Mais je pense que le leadership doit provenir d'en haut. La haute direction du gouvernement, des organismes, etc.* »
- « *Un leadership national serait vraiment une bonne chose.* »

Un répondant a parlé de changer la culture punitive de telle sorte que l'augmentation de la déclaration des erreurs soit justifiée par les sommes économisées.

> « *En ce qui concerne la déclaration des erreurs, tant et aussi longtemps que cette culture [punitive] existe, on rame à contre-courant. Je ne crois pas que beaucoup de gens vont se lever et commencer à déclarer leurs erreurs sauf si leur organisme dirigeant local ou leur hôpital les y oblige. ...Peut-être qu'on doit penser à un argument de nature financière. Au cours de l'année dernière, X erreurs se sont produites [dans l'hôpital] qui ont entraîné Y complications. Au bout du compte, Z dollars ont été versés aux avocats et aux patients.* »

3.3.3 Sommaire des principaux thèmes évoqués lors des interviews téléphoniques

À la suite de l'analyse des réponses, nous avons recensé plusieurs thèmes communs. L'examen des données au sujet des opinions, des attitudes, des valeurs ou des sentiments évoqués par les répondants a permis de dégager des thèmes qui semblaient dominants pour eux (Luborsky, 1994). Parmi ceux-ci on retrouve les suivants :

Favoriser une approche non punitive
Les répondants avaient l'impression que ceux qui causaient les erreurs liées aux soins de santé ne les déclaraient pas toujours par crainte d'être blâmés ou de faire l'objet de mesures disciplinaires. Ils considéraient qu'il était important d'adopter une approche non punitive pour favoriser la déclaration et le partage de l'information dans l'ensemble du pays.

Nécessité d'éduquer les travailleurs de la santé au sujet des erreurs liées aux soins de santé
Les répondants avaient l'impression qu'en éduquant les travailleurs de la santé quant à l'importance des erreurs liées aux soins de santé et de leur consignation systématique, ces derniers seraient plus enclins à déclarer leurs erreurs. De plus, à partir du moment où les gens pensent que la déclaration permet d'améliorer les soins aux patients, ils auront plus tendance à le faire. Il est nécessaire de leur faire comprendre que c'est acceptable de commettre une erreur et qu'il faut trouver la cause de celle-ci afin d'empêcher qu'elle ne se produise de nouveau.

Approche orientée vers l'amélioration de la qualité
De nombreux organismes se servent d'une approche centrée sur l'amélioration de la qualité en vue d'améliorer les soins qui ont donné lieu à une erreur. Cette approche permettra de se concentrer sur les problèmes liés aux systèmes plutôt que de se concentrer uniquement sur la personne qui a commis l'erreur.

Favoriser un changement de culture
La culture des organismes et, d'une façon générale, des soins de santé doit changer : il faut passer de la culture du blâme à celle de l'apprentissage. L'attention ne doit plus être portée sur la personne qui commet l'erreur, mais plutôt sur les causes profondes de cette dernière et les problèmes du système.

Leadership national et méthode coordonnée
Un leadership national est nécessaire pour établir des définitions normalisées des erreurs liées aux soins de santé et pour instaurer des normes visant la collecte et la déclaration des erreurs. Les répondants estiment qu'il faudrait mobiliser des ressources pour coordonner une stratégie nationale sur les erreurs liées aux soins de santé en diffusant et en partageant l'information (par voie électronique ou autre), ce qui permettrait ainsi aux organismes d'assurer le suivi des erreurs. Ils ont également formulé d'autres propositions, comme la création d'un programme de recherche national et le financement d'études sur les erreurs, la mise en place d'un dépôt central de sources d'information et d'une base de données pancanadienne et l'augmentation des ressources injectées dans le système de santé afin de concentrer les efforts sur les erreurs liées aux soins de santé au sein de chaque organisme.

d'une base de données universelle pour la surveillance et le suivi des erreurs. Un répondant a admis que :

- « *[Nous avons besoin] d'un système de surveillance et de normes nationales pour déterminer ce qui est acceptable au sujet des pratiques sécuritaires.* »

Plusieurs répondants ont également discuté de la collaboration intersectorielle.

- « *...[La collaboration] doit être intersectorielle, interprofessionnelle... les membres doivent être ouverts d'esprit.* »

Plusieurs répondants ont fait remarquer l'importance d'un leadership à l'échelle nationale.

- « *Eh bien, je ne peux pas réellement me prononcer sur ce qui se passe dans le reste du Canada. Mais je pense que le leadership doit provenir d'en haut. La haute direction du gouvernement, des organismes, etc.* »
- « *Un leadership national serait vraiment une bonne chose.* »

Un répondant a parlé de changer la culture punitive de telle sorte que l'augmentation de la déclaration des erreurs soit justifiée par les sommes économisées.

> « *En ce qui concerne la déclaration des erreurs, tant et aussi longtemps que cette culture [punitive] existe, on rame à contre-courant. Je ne crois pas que beaucoup de gens vont se lever et commencer à déclarer leurs erreurs sauf si leur organisme dirigeant local ou leur hôpital les y oblige. ...Peut-être qu'on doit penser à un argument de nature financière. Au cours de l'année dernière, X erreurs se sont produites [dans l'hôpital] qui ont entraîné Y complications. Au bout du compte, Z dollars ont été versés aux avocats et aux patients.* »

3.3.3 Sommaire des principaux thèmes évoqués lors des interviews téléphoniques

À la suite de l'analyse des réponses, nous avons recensé plusieurs thèmes communs. L'examen des données au sujet des opinions, des attitudes, des valeurs ou des sentiments évoqués par les répondants a permis de dégager des thèmes qui semblaient dominants pour eux (Luborsky, 1994). Parmi ceux-ci on retrouve les suivants :

Favoriser une approche non punitive
Les répondants avaient l'impression que ceux qui causaient les erreurs liées aux soins de santé ne les déclaraient pas toujours par crainte d'être blâmés ou de faire l'objet de mesures disciplinaires. Ils considéraient qu'il était important d'adopter une approche non punitive pour favoriser la déclaration et le partage de l'information dans l'ensemble du pays.

Nécessité d'éduquer les travailleurs de la santé au sujet des erreurs liées aux soins de santé
Les répondants avaient l'impression qu'en éduquant les travailleurs de la santé quant à l'importance des erreurs liées aux soins de santé et de leur consignation systématique, ces derniers seraient plus enclins à déclarer leurs erreurs. De plus, à partir du moment où les gens pensent que la déclaration permet d'améliorer les soins aux patients, ils auront plus tendance à le faire. Il est nécessaire de leur faire comprendre que c'est acceptable de commettre une erreur et qu'il faut trouver la cause de celle-ci afin d'empêcher qu'elle ne se produise de nouveau.

Approche orientée vers l'amélioration de la qualité
De nombreux organismes se servent d'une approche centrée sur l'amélioration de la qualité en vue d'améliorer les soins qui ont donné lieu à une erreur. Cette approche permettra de se concentrer sur les problèmes liés aux systèmes plutôt que de se concentrer uniquement sur la personne qui a commis l'erreur.

Favoriser un changement de culture
La culture des organismes et, d'une façon générale, des soins de santé doit changer : il faut passer de la culture du blâme à celle de l'apprentissage. L'attention ne doit plus être portée sur la personne qui commet l'erreur, mais plutôt sur les causes profondes de cette dernière et les problèmes du système.

Leadership national et méthode coordonnée
Un leadership national est nécessaire pour établir des définitions normalisées des erreurs liées aux soins de santé et pour instaurer des normes visant la collecte et la déclaration des erreurs. Les répondants estiment qu'il faudrait mobiliser des ressources pour coordonner une stratégie nationale sur les erreurs liées aux soins de santé en diffusant et en partageant l'information (par voie électronique ou autre), ce qui permettrait ainsi aux organismes d'assurer le suivi des erreurs. Ils ont également formulé d'autres propositions, comme la création d'un programme de recherche national et le financement d'études sur les erreurs, la mise en place d'un dépôt central de sources d'information et d'une base de données pancanadienne et l'augmentation des ressources injectées dans le système de santé afin de concentrer les efforts sur les erreurs liées aux soins de santé au sein de chaque organisme.

Présence de chefs de file à l'échelon local
Les répondants ont observé qu'il serait nécessaire de bénéficier de l'appui de chefs de file et de dirigeants internes pour attirer l'attention des organismes sur les erreurs liées aux soins de santé. Les dirigeants peuvent être choisis tant parmi la haute direction et les cadres de première ligne que parmi les cliniciens. Leur rôle serait de s'assurer que la stratégie organisationnelle fonctionne et de régler les problèmes rencontrés.

Collecte non systématique de données sur les erreurs liées aux soins de santé et manque d'appui technologique
En règle générale, les données sur les erreurs liées aux soins de santé ne sont pas recueillies systématiquement. Bon nombre d'organismes emploient des définitions différentes au sujet des données recueillies (par exemple, des incidents, des incidents critiques, des décès, etc.) qu'ils consignent par la suite dans leurs propres formulaires de rapport. De plus, les organismes ne recueillent pas tous les mêmes données et ils ne les étudient pas tous de la même façon. Un grand nombre d'organismes consignent actuellement leurs données sous forme imprimée seulement. En conséquence, l'utilisation et l'analyse des données peuvent comporter certaines limites.

Questions juridiques et questions liées aux assurances
Les professionnels de la santé produisent peu de rapports sur les erreurs liées aux soins de santé puisqu'ils peuvent être tenus responsables et traduis en justice par la suite. La peur des poursuites et des mesures disciplinaires fait en sorte que les organismes ne reçoivent pas toute l'information au sujet des événements indésirables et des erreurs. En outre, les réticences des compagnies d'assurances qui semblent ne pas vouloir discuter des erreurs avant d'évaluer les demandes d'indemnisation représentent un autre obstacle pour la déclaration des erreurs liées aux soins de santé.

Manque de temps et de ressources financières et humaines
Le manque de temps et de ressources financières et humaines est bien souvent considéré comme un facteur qui a un effet dissuasif sur la collecte systématique des données, les enquêtes sur les erreurs médicales et sur les événements indésirables et le suivi en vue d'améliorer le système de soins de santé. Les investissements financiers sont essentiels pour l'achat de systèmes de suivi des erreurs. Par ailleurs, il faut avoir davantage de personnel pour déceler et assurer le suivi des erreurs et des événements indésirables et pour effectuer des enquêtes, au besoin. Tous les employés devraient recevoir une formation visant à détecter les erreurs et à améliorer les soins de santé.

3.4 Examen des questions d'ordre juridique

L'examen des questions juridiques a porté sur des documents clés choisis par des experts canadiens en droit de la santé et sur les publications recensées au moyen de notre analyse documentaire. Tout d'abord, nous présenterons une brève section portant sur les définitions et, par la suite, nous procéderons à l'analyse des deux documents de référence et de plusieurs autres publications pertinentes.

3.4.1 Définitions et principes de droit médical

En vertu du droit canadien, un médecin peut être tenu responsable, tant au niveau criminel que civil, de ses actes qui entraînent la mort ou qui causent des lésions corporelles à une personne.

« *Quiconque entreprend d'administrer un traitement chirurgical ou médical à une autre personne ou d'accomplir un autre acte légitime qui peut mettre en danger la vie d'une autre personne est, sauf dans les cas de nécessité, légalement tenu d'apporter, en ce faisant, une connaissance, une habileté et des soins raisonnables. Quiconque entreprend d'accomplir un acte est légalement tenu de l'accomplir si une omission de le faire met ou peut mettre la vie humaine en danger* » (*Canadian Encyclopedic Digest*, 1994, Ref.106; *Code criminiel*, S.R.C. 1970, chap. C-34, art. 198-199).

Les règles de droit en matière de négligence régissent la majorité des actions en justice intentées contre les hôpitaux, les médecins et les professionnels de la santé. On emploie souvent le terme de « faute professionnelle » pour désigner ce type d'action (Picard et Robertson, 1996).

[TRADUCTION] « Une action pour négligence doit absolument satisfaire à chacune des quatre exigences suivantes :

- Le défendeur doit avoir l'obligation légale de diligence envers le demandeur
- Le défendeur doit contrevenir à la norme de conduite établie par la loi
- Le demandeur doit être victime d'une blessure ou d'une perte
- La conduite du défendeur doit être la cause actuelle et légitime de la blessure du demandeur. »

(*Canadian Encyclopedic Digest*, 1994, Sec.109; Picard et Robertson, 1996)

Les médecins ne seront pas tenus responsables des accidents imprévisibles se produisant dans le cours normal d'un traitement médical. Dans les poursuites au sujet des fautes professionnelles, le « critère de la prévisibilité raisonnable » est employé pour déterminer la cause immédiate. Les tribunaux jugeront si une

personne raisonnable aurait dû prévoir que les conséquences seraient un résultat normal de l'acte ou d'une omission de cet acte (*Canadian Encyclopedic Digest*, 1994, Sec.112).

Dans le cadre de l'exercice de sa profession, un médecin ne peut assurer ni la réussite, ni un résultat parfait, mais il doit faire preuve d'un *degré de compétence et de connaissance raisonnable, d'une diligence raisonnable et du meilleur jugement possible afin d'obtenir un bon résultat* (*Canadian Encyclopedic Digest*, 1994, Sec.116).

La conduite du médecin sera jugée en fonction des normes existantes au moment de l'incident. Les critères standards de prévisibilité et d'évitabilité ne peuvent s'appliquer dans les cas où les médecins ignorent les risques encourus pour les patients ou les types de blessures infligées au moment de l'administration du traitement (*Canadian Encyclopedic Digest*, 1994, Sec.118).

La norme de conduite exigée est celle du médecin raisonnable. Celui-ci doit faire preuve de compétences, de connaissances et d'une diligence raisonnables. Il doit agir avec le degré de compétence qu'un médecin prudent possédant ses connaissances et son expérience aurait raisonnablement exercé (*Canadian Encyclopedic Digest*, 1994, Sec.122; Picard et Robertson, 1996).

Un médecin doit prévenir le patient au sujet des effets indésirables dangereux d'un médicament qu'il lui prescrit. Il doit indiquer le plus rapidement possible s'il est possible d'observer des effets indésirables. Une fois la décision prise d'entreprendre un traitement radical avec des médicaments potentiellement dangereux, le médecin doit faire preuve d'une très grande vigilance pour assurer la sécurité du patient (*Canadian Encyclopedic Digest*, 1994, Sec.127).

Un médecin est tenu en vertu de la loi et de la déontologie de traiter la toxicomanie de son patient ou de l'envoyer dans un centre de désintoxication (*Canadian Encyclopedic Digest*, 1994, Sec.128).

Un chirurgien doit faire preuve de diligence raisonnable lors de la décision de pratiquer une opération, au cours de celle-ci et lors des traitements postopératoires. Cependant, il n'est pas tenu de recommander ou non une opération chirurgicale non urgente. Dès le moment où un chirurgien choisit de pratiquer une opération chirurgicale non urgente, il a l'obligation accrue de diligence dans l'utilisation de ses compétences et de ses connaissances. Il doit s'assurer que le patient connaît la gravité de l'opération chirurgicale et qu'il saisit tous les risques importants ou particuliers, y compris ceux qui sont liés à la réalisation de l'opération, comme par exemple les risques indéterminés s'il s'agit d'une chirurgie expérimentale. Dans les cas où l'intervention peut être

pratiquée sous anesthésie générale ou locale, l'anesthésiste doit informer le patient et lui donner le choix (*Canadian Encyclopedic Digest*, 1994, Sec. 129).

3.4.2 Le texte de Picard et Robertson

Le texte élaboré par Picard et Roberston (1996), qui s'intitule « *Legal Liability of Doctors and Hospitals in Canada* », a été le premier document clé mentionné par les experts interrogés. Il s'agit du texte de référence canadien en matière de responsabilité à l'égard des soins de santé. Puisque nous avons discuté précédemment de certains points importants de ce document, nous ne poursuivrons pas notre analyse plus loin. Cependant, soulignons qu'il contient une description détaillée des problèmes de responsabilité touchant la sécurité des patients et les erreurs liées aux soins de santé et qu'il s'avère une source de renseignements utile pour ceux qui s'intéressent à ces questions.

3.4.3 Le Rapport Prichard

Le second document mentionné par les experts est le rapport publié à la suite de la Conférence fédérale-provinciale-territoriale des sous-ministres de la Santé, mieux connu sous le nom de « Rapport Prichard ».

Ce Rapport a été rédigé dans les années 80, après une période où le nombre et le coût des actions en justice contre les médecins et les hôpitaux avait commencé à grimper de façon alarmante. Ces actions ont eu pour effet d'augmenter les coûts pour les médecins, pour les organismes de soins de santé, pour l'Association canadienne de protection médicale (qui couvre par une assurance la majorité des médecins) et pour les gouvernements provinciaux. Le gouvernement a alors décidé de contribuer davantage au paiement des dommages et intérêts dans le cadre des négociations concernant les honoraires des médecins et d'aider les organismes de soins de santé à payer leurs primes d'assurance. Au même moment, plusieurs juristes ont commencé à formuler des demandes de réforme dans cette branche du droit. Leurs efforts ont mené à la création d'un comité d'étude composé des ministres fédéral et provinciaux de la Santé et présidé par Robert Prichard, qui était alors doyen de la faculté de droit de l'Université de Toronto. L'étude, d'une durée de deux ans, a résulté en la publication du document intitulé « *La responsabilité et l'indemnisation dans les soins de santé : Rapport à la Conférence des sous-ministres de la Santé de l'Étude fédérale provinciale-territoriale sur les problèmes de la responsabilité et de l'indemnisation dans le secteur des soins de santé* » (Prichard, University of Toronto Press, 1990).

Dans le Rapport Prichard, on retrouve une révision globale des questions d'ordre juridique soulevées à l'époque. Sept conclusions principales y figurent :

1. On constate une augmentation importante des poursuites en responsabilité civile intentées contre les établissements de soins de santé au Canada entre 1975 et 1990. Les chirurgiens orthopédistes, les anesthésistes, les obstétriciens et les gynécologues ont fait l'objet d'un très grand nombre de poursuites, et le coût de leur assurance de responsabilité civile a augmenté en conséquence.
2. L'augmentation des poursuites s'est produite sans que le droit de la responsabilité ait subi de changements importants au cours des quinze dernières années.
3. Le coût des primes d'assurance pour les médecins et les établissements de soins de santé est monté en flèche dans les années 80.
4. Les poursuites en responsabilité médicale coûtent très cher et elles sont complexes et peu rapides.
5. La menace d'une poursuite en responsabilité civile contribue de manière positive à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de santé.
6. Malgré l'augmentation du nombre des poursuites, moins de 10 p. 100 des personnes ayant subi un préjudice corporel reçoivent une indemnité.
7. La situation était sérieuse en 1990, et elle doit désormais être résolue avant d'atteindre des proportions de crise.

Le rapport contenait également 79 recommandations visant à améliorer la situation. Les trois recommandations principales sont les suivantes :

1. Il faut conserver le droit d'intenter des poursuites en responsabilité civile délictuelle tout en améliorant la façon de calculer les dommages-intérêts et l'accès au système pour les personnes victimes d'un préjudice corporel.
2. Il faut accroître la responsabilité des hôpitaux et des autres établissements de soins de santé quant à la qualité des soins dispensés au sein de leur organisme. Quelques années plus tard, Prichard reformule ainsi la recommandation :
   [TRADUCTION] « *La grande majorité des préjudices sont infligés dans les hôpitaux et les établissements de soins de santé. À notre avis, une grande partie de l'amélioration ne repose pas tant sur le comportement des médecins dans chaque cas particulier, mais plutôt sur les améliorations du système, la gestion des risques, l'assurance de la qualité et les marches à suivre pour accroître la sécurité des soins. Il faut donc prévoir des mesures incitatives pour que les organismes améliorent leur rendement et reconnaissent que la prestation des soins de santé repose sur les efforts des équipes multidisciplinaires au sein desquelles le médecin n'est que l'un des intervenants. Les risques inhérents du*

système nous amènent à opérer des changements et à nous concentrer désormais sur l'établissement et non plus sur le médecin. » (Proceedings of the Tort reform Conference, 1998)

3. Il faut mettre en place un mécanisme alternatif de règlement des litiges en responsabilité civile qui permettrait d'indemniser équitablement les personnes ayant subi un préjudice corporel inévitable.

3.4.4 Conférence sur la réforme du régime de responsabilité délictuelle de l'APCM

Le 5 novembre 1998, à Toronto, l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) a tenu une conférence sur la réforme du régime de responsabilité délictuelle. Robert Prichard a prononcé une communication dans laquelle il a passé en revue les éléments de son rapport de 1990 et il a commenté les événements des huit années qui ont suivi. Les citations ci-dessous sont tirées de la présentation de Monsieur Prichard au cours de la conférence :

[TRADUCTION]

« Que s'est-il passé depuis 1990? En résumé, peu de choses. Nous n'avons pas assisté à une hausse spectaculaire du nombre de poursuites; nous avons plutôt atteint un plateau. Il n'y a eu aucune réforme au cours de cette période, et la plupart de nos recommandations n'ont pas été suivies. Des modifications mineures ont été apportées, mais de manière générale, la situation aujourd'hui est la même qu'il y a huit ans. »

« Il n'y a eu réellement qu'un seul changement marquant dans ce domaine. Il est survenu à la suite des problèmes rencontrés dans le système d'approvisionnement en sang, les problèmes des victimes de l'hépatite. On sent dans la population un mouvement de sympathie envers les personnes qui ont subi des préjudices corporels lors de la prestation de soins de santé. Lorsque Monsieur Rock et ses collègues ont voulu indemniser les victimes d'erreurs médicales, mais non pas les victimes de l'hépatite, leur idée n'a pas été très populaire parmi les Canadiens. À mon avis, ce qui peut présenter un risque réel pour les fournisseurs de soins de santé, pour les médecins et pour l'ACPM, c'est l'indignation que pourrait susciter chez les Canadiens la décision de ne pas indemniser les victimes d'erreurs médicales. Ce phénomène pourrait entraîner une escalade du nombre de poursuites en responsabilité civile et du nombre de réclamations. »

« ...au sujet du débat autour de la réforme du régime de responsabilité délictuelle, je crois qu'il est évident qu'une réforme bien conçue peut faire toute la différence au niveau de la réduction du coût social rattaché à la réparation des préjudices. »

« Je pense que le problème qui se dégage du rapport était d'essayer de tout faire en une seule étape. Il était trop ambitieux de penser qu'on pourrait changer d'un seul coup l'ensemble du système canadien. C'est un défi qui s'adresse davantage à chacune des provinces, et les recommandations n'ont pas pris en compte la structure politique de l'époque. Je pense qu'on doit plutôt miser sur les expériences. Les recherches américaines proposent des expériences portant sur les types de blessure ou d'établissement et visant à identifier un, deux ou trois projets réalisables qui nous permettraient à nous, Canadiens, d'apporter des améliorations. Nous sommes des chefs de file en matière de soins de santé accessibles et de qualité; il serait donc normal que nous donnions également l'exemple par les moyens que nous prenons pour répondre aux demandes des victimes malchanceuses, des gens qui souffrent de préjudices corporels évitables. »

Lors de cette même conférence, Madame la Juge Ellen Picard a aussi fait une présentation sur l'expérience d'autres pays. Elle a décrit, notamment, le régime d'assurance sans égard à la responsabilité de la Nouvelle-Zélande, l'expérience de la Suède et les travaux récents en Floride et en Virginie sur les restrictions imposées en ce qui concerne les nouveau-nés atteints de troubles neurologiques. Elle a fait remarquer que le Canada peut tirer des leçons de ces initiatives et que [TRADUCTION] « *si, en effet, une progression constante dans le domaine de la justice sociale s'inscrit dans la visée canadienne, alors il est peut-être temps de franchir une autre étape* » (Picard, 1998).

De son côté, Monsieur Rino Stradiotto, avocat-conseil pour la Health Insurance Reciprocal of Canada (HIROC), a prononcé une communication fondée sur la perspective des hôpitaux. La HIROC est la seule organisation de bourse d'assurance réciproque au Canada. Parmi ses membres figurent 85 hôpitaux publics et 77 organismes de soins de santé affiliés. Au moment de la conférence, l'entreprise de Monsieur Stradiotto (Borden & Elliot) recevait chaque jour un nouveau dossier provenant de la HIROC. Il a formulé les commentaires qui suivent :

« Les hôpitaux publics ne sont plus perçus comme des organismes de prestation de soins. Les gens les considèrent comme des fournisseurs de services et ils n'hésitent pas à intenter une action dès qu'ils sont insatisfaits des soins ou du résultat de ces derniers. Les attentes du public à l'égard des services qui devraient être offerts par le système de santé sont bien souvent

démesurées, et l'on observe une tendance marquée à désigner un responsable chaque fois que le résultat n'est pas à la hauteur des attentes. On est réticent à admettre que les soins de santé ne sont pas une science axée sur les résultats, mais sur les efforts raisonnables. »

Puis, il a ajouté :

« *Je ne peux qu'effleurer ce que j'appellerai le problème des coûts non financiers liés aux poursuites en responsabilité civile. Je perçois chez les professionnels de la santé un accroissement alarmant de la peur, de la consternation, de la colère, de la frustration, de la rancœur et de l'animosité envers la procédure judiciaire actuelle. Pour un professionnel de la santé qui a consacré sa vie à donner des soins, il est tout naturellement pénible de se faire reprocher une conduite blâmable ou, pire encore, d'être accusé d'avoir causé un préjudice corporel à un patient ou d'avoir entraîné sa mort. La procédure visant à régler ces réclamations ne doit pas venir indûment ajouter au stress et aux préoccupations des professionnels de la santé* » (Stradiotto, 1998).

La conférence sur la réforme du régime de responsabilité délictuelle de 1998 a permis d'envisager des solutions de rechange et des réformes dans ce domaine, comme la mise sur pied de structures ordonnées par les tribunaux et l'élimination des subrogations. Les structures ordonnées par les tribunaux sont des règlements qui prennent la forme de rentes non imposables au lieu d'un paiement unique. Lors de la conférence, les experts ont démontré que ces moyens auraient pour effet de réduire considérablement les coûts associés à la responsabilité civile au Canada tout en assurant des règlements équitables. Il a également été question d'éliminer les subrogations, c'est-à-dire le recouvrement des coûts par les régimes d'assurance. Voici quelques recommandations contenues dans les actes de la conférence :

[TRADUCTION]

« 1. Il est recommandé d'établir un délai de prescription uniforme à l'intérieur duquel les poursuites en matière de faute professionnelle pourront être présentées.

2. Il est recommandé que, dans les cas de nourrissons dont l'état de santé est très précaire et dont la capacité intellectuelle est très limitée, sinon inexistante, selon la preuve médicale, les tribunaux n'allouent pas de dommages-intérêts généraux ou qu'ils n'allouent qu'un montant très réduit.

3. Il est recommandé de modifier la *Loi canadienne de l'impôt sur le revenu* afin d'éliminer la nécessité de prévoir une majoration du montant forfaitaire accordé en réparation d'un préjudice corporel. Si

une majoration de l'indemnité forfaitaire s'impose malgré tout, son calcul devrait être normalisé.

4. Il est recommandé que les tribunaux canadiens aient le pouvoir d'ordonner des versements périodiques dans certains cas. Si les circonstances de vie de la victime changent de manière importante, il est recommandé que les tribunaux procèdent à une révision judiciaire.

5. Il est recommandé que les tribunaux rendent des décisions concernant les soins futurs en fonction de l'évaluation des avantages actuels possibles pour le demandeur lésé. Dans les cas où tous les autres besoins du demandeur sont assurés, il est recommandé de ne pas allouer de montant pour perte de revenus futurs. Si l'on attribue un montant pour perte de revenus futurs, le calcul doit se faire en fonction du salaire moyen versé dans l'industrie par activité économique pour les travailleurs au niveau du recrutement.

6. Il est recommandé d'abandonner la règle de la source parallèle afin que la défense n'ait seulement qu'à payer le montant équivalent aux pertes réelles encourues par le demandeur.

7. Il est recommandé que les gouvernements provinciaux renoncent à tout droit de subrogation portant sur les frais d'assurance-maladie futurs.

8. Il est recommandé de mettre en place des restrictions visant à permettre seulement aux membres de la famille immédiate du demandeur qui ont assumé des frais ou à ceux qui sont à sa charge ou qui entretiennent une relation véritable avec lui d'avoir le droit de réclamer un dédommagement.

9. Il est recommandé à tous les tribunaux d'offrir la médiation ou tout autre mécanisme de résolution des litiges le plus tôt possible dans le cours d'une action. »

3.4.5 Règlements échelonnés

Dans certaines provinces, les lois ont été modifiées de façon à autoriser les règlements échelonnés. La législation du Manitoba permet désormais aux tribunaux d'ordonner le paiement des dommages-intérêts sous forme de versements périodiques. Cette législation, qui se veut permissive, permet de tenir dûment compte des enjeux. Dans des cas bien précis, les tribunaux peuvent imposer cette forme de règlement. On retrouve également d'autres

exemples de lois qui imposent des règlements échelonnés dans certains cas (par exemple, la *Loi sur les assurances de l'Ontario* dans des cas particuliers d'indemnisation des victimes d'accidents de véhicules automobiles; le *Code of Civil Procedure* de la Californie pour tous les cas où les dommages-intérêts futurs excèdent 50 000 $).

3.4.6 Privilège de non-divulgation

Le privilège de non-divulgation renvoie à la protection juridique de la communication préalable dans le cas des activités d'examen que les professionnels entreprennent aux fins de l'assurance et de l'amélioration de la qualité. Certains professionnels de la santé croient que la reconnaissance d'un privilège à l'égard de certains renseignements leur permet de dissimuler les faits relatifs aux incidents, mais ce n'est pas le cas. Les faits d'un dossier sont toujours susceptibles de faire l'objet d'un interrogatoire. Il existe également des motifs d'ordre éthique justifiant la communication des faits aux patients en cas de problème médical. La plupart des juridictions canadiennes ont maintenant adopté des mesures de protection juridique à l'égard de ce type de privilège. Voici quelques dispositions législatives pertinentes de quatre provinces.

Article 9 de l'*Alberta Evidence Act*

[TRADUCTION]

a) « activité d'assurance de la qualité » s'entend d'une activité prévue ou systématique visant à étudier, à examiner ou à évaluer la prestation des services de santé afin d'assurer l'amélioration constante
  (i) soit de la qualité des soins ou services de santé;
  (ii) soit du niveau d'aptitudes, de connaissances et de compétence des fournisseurs de services de santé;

b) « comité d'assurance de la qualité » s'entend d'un comité, commission, conseil ou autre organisme dont la mission principale consiste à poursuivre des activités d'assurance de la qualité et qui est
  (i) nommé par une régie régionale de la santé, l'Alberta Cancer Board, le Provincial Mental Health Advisory Board, le conseil d'administration d'un hôpital en vertu de la *Hospital Act,* ou l'exploitant d'un centre de soins infirmiers;
  (ii) établi en vertu d'un autre texte constitutif de l'Alberta;
  (iii) désigné par décret du ministre de la Santé à titre de comité d'assurance de la qualité aux fins du présent article.

c) « dossier d'assurance de la qualité » s'entend d'un dossier d'information qui est créé ou reçu par un comité d'assurance de la qualité ou pour

celui-ci dans le cadre ou aux fins de la poursuite des activités d'assurance de la qualité, y compris les livres, documents, cartes géographiques, dessins, photographies, lettres, reçus et textes, mais non les logiciels ou mécanismes servant à produire des documents.

9(2) Aucun témoin dans une instance, qu'il soit ou non partie à celle-ci, ne peut être contraint de produire un dossier d'assurance de la qualité qui se trouve en sa possession ou en la possession du comité.

9(5) La présentation d'un rapport, déclaration, mémoire ou recommandation ou la communication d'un renseignement ou document ou d'une donnée qui s'y trouve à un comité d'assurance de la qualité pour les activités d'assurance de la qualité de celui-ci ou encore la communication d'un renseignement ou document de cette nature qui découle desdites activités ne crée aucune responsabilité de la part de la personne qui communique ou présente le document ou renseignement en question.

Paragraphe 51(1) de la *British Columbia Evidence Act* (chapitre 124)

[TRADUCTION]
« conseil d'administration » s'entend d'un conseil d'administration au sens de la *Hospital Act* ;

« comité » s'entend de l'un ou l'autre des groupes ou comités suivants :

a) un comité du personnel médical au sens de l'article 41 de la *Hospital Act* ;

b) un comité que crée ou qu'approuve le conseil d'administration d'un hôpital, qui comprend des professionnels de la santé travaillant ou exerçant leur profession à cet hôpital et qui, dans le but d'améliorer les soins médicaux assurés ou les pratiques médicales suivies à l'hôpital,

(i) soit a pour tâche ou mission d'étudier ou d'évaluer les pratiques suivies à l'hôpital ou les soins de santé assurés par les professionnels de la santé qui y travaillent,

(ii) soit étudie, mène des enquêtes ou poursuit des recherches médicales ou applique un programme de recherches médicales ;

c) un groupe de personnes qui poursuivent des recherches médicales et que le ministre désigne par règlement ;

d) un groupe de personnes qui mènent des enquêtes au sujet des pratiques médicales suivies dans les hôpitaux et que le ministre désigne par règlement ;

« professionnels de la santé »

51(2) Aucun témoin dans une instance judiciaire, qu'il soit ou non partie à celle-ci,

c) ne peut être contraint de produire ou autorisé à produire, au cours de l'instance, un document qui a été utilisé dans le cadre de l'étude, enquête ou évaluation menée par un comité ou du programme appliqué par celui-ci ou qui découle de cette activité.

51(3) Le paragraphe (2) ne s'applique pas aux originaux ou aux copies des dossiers médicaux ou hospitaliers originaux concernant un patient.

51(4) Aucune personne qui communique de bonne foi un renseignement ou présente de bonne foi un document à un comité pour en permettre l'utilisation dans le cadre d'une étude, enquête, évaluation ou programme du comité n'est responsable à l'égard de cette communication ou présentation.

51(5) Aucun comité ou membre d'un comité ne peut communiquer ou publier des renseignements ou conclusions du comité, sauf

a) lorsque la communication est faite à un conseil d'administration,

b) lorsque la communication est faite à une association regroupant des professionnels de la santé, dans les circonstances que le comité juge indiquées,

c) lorsque la communication ou la publication vise à faire évoluer la recherche médicale ou l'enseignement médical,

auquel cas la communication ou la publication doit être faite de manière à empêcher que l'identité des personnes dont l'état ou le traitement a été étudié, évalué ou examiné soit révélée.

Loi sur la preuve du Manitoba **(Chapitre E150)**

« 9(1) Un témoin à une poursuite judiciaire, qu'il y soit partie ou non, est dispensé de répondre à une question portant sur toute procédure engagée devant un comité à qui le présent paragraphe s'applique ou de produire un rapport, une déclaration, un mémoire, une recommandation pendant une étude, une recherche ou un programme ou qui en résulte, effectué par un hôpital ou par un comité aux fins d'éducation médicale ou pour l'amélioration des soins médicaux ou hospitaliers ou pour l'amélioration de la pratique médicale ou hospitalière. »

Immunité

La divulgation d'un renseignement ou d'un document ou du contenu d'un document ou la présentation d'un rapport, d'une déclaration, d'un mémoire ou

d'une recommandation à un comité auquel le paragraphe 9(1) s'applique afin d'être utilisé au cours d'une étude, d'une recherche ou d'un programme effectué par un hôpital ou par un tel comité aux fins d'éducation médicale ou pour l'amélioration des soins médicaux ou hospitaliers ou pour l'amélioration de la pratique médicale ou hospitalière, n'engage pas la responsabilité d'un témoin.

Loi sur la preuve du Nouveau-Brunswick (paragraphe 43.3(2))

« Un témoin, qu'il soit partie ou non à une procédure légale, est dispensé

a) de fournir des renseignements relatifs à toute procédure devant un comité établi par une corporation hospitalière pour diriger toute étude, recherche ou programme aux fins de formation médicale ou d'amélioration des pratiques ou des soins médicaux ou hospitaliers,

b) de produire tout document fait par ou pour une corporation hospitalière ou un comité établi par la corporation hospitalière, préparé dans le but d'être utilisé au cours ou à la suite d'une étude, d'une recherche ou d'un programme visant principalement la formation médicale ou l'amélioration des pratiques ou des soins médicaux ou hospitaliers[.] »

3.4.7 Autres documents de référence médico-légaux

Les documents de référence suivants présentent d'autres renseignements et perspectives concernant les questions juridiques et l'état du débat sur la réforme médico-légale au Canada et ailleurs.

1, Capen K. (1996). « Prevention should be the preferred insurance program for all Physicians ». *Journal de l'Association médicale canadienne*. 154: 1385-87.

L'auteur traite de l'augmentation récente des cotisations de l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) et des programmes provinciaux de remboursement des primes. Il cite le passage suivant tiré d'un bulletin de l'ACPM :

« [...] le volume de travail [...] donnant lieu à des demandes d'aide de la part des membres, a considérablement augmenté, et les coûts ont suivi [...] Afin de profiter des économies parfois fort considérables qu'ils permettent, l'Association recourt de plus en plus fréquemment à des règlements échelonnés. Nous espérons aussi que notre participation à un projet-pilote sur un mode substitutif

de règlement des différends, initié par la cour, permettra de régler certaines poursuites bien avant qu'elles n'atteignent l'étape du procès.

Toutefois, certains éléments des indemnités et règlements décrétés par les tribunaux échappent à l'emprise directe de l'ACPM. Des postes tels que les coûts des soins durant la vie d'un patient gravement handicapé peuvent s'élever à plusieurs millions de dollars, surtout si le tribunal juge, en se fondant sur un témoignage d'expert, que le patient doit être soigné 24 heures sur 24 par un personnel spécialisé dans une maison construite et équipée à cette fin. »

2. Beckman, H., Markakis, K., Suchman, A. et coll. (1994). *The doctor-patient relationship and malpractice: lessons from plaintiff depositions*. Arch Intern Med 154: 1365-1370

Étude menée aux É.-U. sur les raisons pour lesquelles les patients intentent des poursuites contre les médecins et les hôpitaux. Cette étude fait ressortir que ce ne sont pas tous les événements indésirables qui donnent lieu à des poursuites judiciaires et que les menaces de poursuites ne mettent pas toujours en cause des effets indésirables. Soixante et onze pour cent (71 %) des problèmes avaient trait aux relations entre le médecin et le patient.

Les principaux points en litige dans les poursuites étaient les suivants :

- abandon du patient (le médecin avait envoyé un remplaçant ou le patient avait eu l'impression que le médecin n'était pas disponible ou était trop important, ou encore le patient s'était senti abandonné), 32 %;
- dépréciation du point de vue du patient ou de la famille (le médecin n'avait pas tenu compte de la maladie ni des souffrances, des tentatives de défense des intérêts du patient ou de l'opinion du patient ou de sa famille, ou n'avait pas été à leur écoute), 29 %;
- mauvaise communication de l'information (le médecin n'avait pas fourni d'explication ou n'avait pas tenu la famille au courant de l'évolution de l'état de santé du patient, avait rejeté le blâme des mauvais résultats obtenus sur le patient ou sa famille et avait fait preuve d'un manque de délicatesse dans ses communications), 26 %;
- incompréhension à l'égard de la perspective du patient ou de la famille (le médecin n'avait pas prêté attention au malaise ressenti par le patient, n'avait pas demandé son opinion ou n'avait pas reconnu les répercussions psychosociales d'un problème médical), 13 %.

3. Coyte, P., Dewees, D., Trebilcock, L.L. (1991). « Medical malpractice -- the Canadian experience ». *New Eng J Med*; 321: 89-93.

Étude portant sur les expériences des médecins canadiens à l'égard des fautes professionnelles. Le nombre de médecins canadiens poursuivis en justice pour faute professionnelle est cinq fois moins élevé que celui de leurs confrères américains. Cet écart peut s'expliquer par l'existence d'un régime d'assurance-maladie universel, des programmes sociaux plus généreux, le recours limité à des honoraires conditionnels, des indemnités limitées pour des dommages moraux tels que la douleur et la souffrance, le recours peu fréquent à des jurys, une culture moins litigieuse et le mécanisme efficace de défense de l'ACPM.

4. Duranceau A. (1998). « The Canadian Medical Protective Association ». *Bull Am Coll Surg*. Mars; 83(3): 22-8.

Description générale du rôle, de la structure et des fonctions de l'ACPM.

5. Dubin CL. (1997). *Une revue indépendante de l'Association canadienne de protection médicale*. Ottawa, Canada.

En 1996, l'ACPM a demandé au juge en chef retraité Charles Dubin d'examiner la structure, la gestion, les opérations et le financement de l'organisme. Le rapport qui en est résulté est une analyse approfondie tant de l'ACPM que du système judiciaire et de la responsabilité légale.

6. Hatlie MJ. (2000). « Scapegoating Won't Reduce Medical Errors ». *Medical Economics* (May 22) p.97 – 100.

Dans des systèmes complexes comme ceux des soins de santé, les erreurs sont inévitables. Notre grand défi en matière de sécurité consiste essentiellement à concevoir des systèmes qui tirent parti des erreurs et mettent à profit les leçons apprises pour nous protéger contre notre faillibilité innée. Les médecins, les infirmières, les gestionnaires supérieurs des régimes de santé et les administrateurs des hôpitaux ont besoin d'un lieu où ils se sentent en confiance pour pouvoir discuter ouvertement des erreurs et de la façon de les prévenir sans s'exposer à des litiges ou à des sanctions rigoureuses. Les patients doivent aussi prendre part au débat.

3.4.8 Divulgation

En ce qui concerne la divulgation des erreurs aux patients par les professionnels et les établissements, nous incluons deux documents de référence.

1. Finkelstein, D., Wu, A.W., Holtzman, N.A., Smith, M.K.. (1997). « When a physician harms a patient by a medical error: ethical, legal, and risk-management considerations ». *Clin Ethics*. Winter; 8(4): 330-5.

Il est rare que les erreurs qui causent des préjudices aux patients soient portées à leur attention. Or, il est dans l'intérêt des patients de leur divulguer tous les renseignements se rattachant à de telles erreurs médicales, car cela leur permet de comprendre ce qui est arrivé et d'être indemnisés équitablement pour le préjudice qu'ils ont subi. Les médecins reçoivent peu de conseils en ce qui concerne la démarche à adopter avec un patient victime d'un préjudice. Les auteurs soutiennent que le médecin doit continuer de respecter le patient et faire preuve d'honnêteté tout au long de leurs rapports. Il est très difficile d'admettre ses erreurs, tout particulièrement devant les personnes qui en ont subi les préjudices. Néanmoins, la présentation d'excuses à la victime doit être considérée comme l'une des responsabilités déontologiques du médecin. Il ne faut pas se contenter d'offrir simplement une indemnité par pure charité. Il faut accompagner ce geste d'excuses afin de démontrer la responsabilité qu'assume le médecin à l'égard du patient qui place en lui toute sa confiance. La communication honnête de tous les renseignements relatifs aux erreurs va de pair avec le respect et la confiance mutuels que les patients attendent de leurs médecins. De toute évidence, les responsabilités déontologiques des médecins diffèrent parfois de leurs responsabilités légales et de leurs responsabilités à l'égard de la gestion des risques.

2. Hebert PC. « Disclosure of Adverse Events and Errors in Healthcare: An Ethical Perspective ». *Drug Saf* 2001; 24(15): 1095-1104

Les événements indésirables liés aux soins de santé et les erreurs médicales sont internationalement reconnus comme des problèmes importants. Le fait que les professionnels de la santé et les établissements de santé ne réussissent pas à régler ces problèmes menace d'ébranler la confiance du public à l'égard de l'ensemble du système de santé. Par ailleurs, on accorde moins d'attention aux questions déontologiques soulevées par les résultats négatifs des soins, notamment à la question de la divulgation. Les efforts destinés à prévenir les résultats négatifs des soins doivent s'accompagner de politiques favorisant une plus grande honnêteté et une plus grande ouverture envers les patients et leurs familles en ce qui concerne les incidents indésirables. Pour les praticiens de la santé, il faudrait faciliter la divulgation, plutôt que de la compromettre, de sorte

que les cliniciens puissent tirer des leçons de leurs erreurs et améliorer les soins aux patients. Les lignes directrices déontologiques en matière de divulgation des erreurs doivent faire la distinction entre la mesure disciplinaire et la déclaration des incidents indésirables. La divulgation de résultats négatifs exige du tact et de l'habilité en communication. Les établissements de santé devraient, au besoin, offrir de la formation aux cliniciens dans ce domaine. En règle générale, les patients devraient être informés le plus tôt possible des incidents imprévus. Par ailleurs, il faudrait récompenser le personnel médical lorsqu'il déclare de tels incidents et le protéger contre toutes représailles pouvant être exercées à la suite des erreurs qui ont été commises.

3.4.9 Obligations déontologiques d'un médecin

Depuis 100 ans, l'ACPM a pour principe d'indemniser les patients victimes d'erreurs médicales par souci de justice. L'Association médicale canadienne (AMC) accepte la responsabilité d'établir la norme du comportement déontologique escompté de la part des médecins et a rédigé et approuvé le Code de déontologie qui doit guider les médecins (Baylis, Downie et Dewhirst, 1996).

Le code s'applique aux médecins, incluant les résidents, et aux étudiants en médecine.

« Responsabilités générales

- Tenir compte d'abord du mieux-être du patient.
- Traiter tous vos patients avec respect; s'abstenir de les exploiter à des fins personnelles.
- Voir à ce que votre patient reçoive tous les soins nécessaires, y compris le réconfort physique et l'appui spirituel et psychosocial, même lorsqu'il est incurable.
- Pratiquer l'art et la science de la médecine avec compétence et sans incapacité.
- Maintenir et améliorer continuellement vos connaissances, compétences et attitudes professionnelles.
- Reconnaître vos limites et les compétences des autres intervenants, et recommander au besoin que l'on demande des avis et des services supplémentaires. »

3.4.10 Bibliographie

Baylis F, Downie J and Dewhirst K. (1996). Code of Ethics. CMAJ. 155(8): 1176 A-B.

Beckman H, Markakis K, Suchman A et al (1994). The doctor-patient relationship and malpractice: lessons from plaintiff depositions. Arch Intern Med. 154: 1365-1370.

Canadian Encyclopedic Digest (Western). Carswell, Toronto, 1994.

Capen K. (1996). Prevention should be the preferred insurance program for all Physicians. Canadian Medical Association Journal. 154: 1385-87.

Coyte P, Dewees D, Trebilcock LL. (1991). Medical malpractice -- the Canadian experience. New Eng J Med. 321: 89-93.

Dubin CL. (1997). An Independent Review of the Canadian Medical Protective Association. Ottawa, Canada.

Duranceau A. (1998). The Canadian Medical Protective Association. Bull Am Coll Surg. 83(3): 22-8.

Finkelstein D, Wu AW, Holtzman NA, Smith MK.J (1997). When a physician harms a patient by a medical error: ethical, legal, and risk-management considerations. Clin Ethics. 8(4): 330-5.

Hatlie MJ. (2000). Scapegoating Won't Reduce Medical Errors. Medical Economics. (May 22), p.97-100.

Hebert PC. (2001). Disclosure of Adverse Events and Errors in Healthcare: An Ethical Perspective. Drug Saf. 24(15): 1095-1104.

Picard E.I. and Robertson G. B. (1996). Legal Liability of Doctors and Hospitals in Canada. Scarborough, Ont. Carswell.

Picard, E.I. (1998). Tort Reform Overview: Experience Abroad. Proceedings of CMPA Tort Reform Conference, p.27-29. Toronto: CMPA.

Prichard JRS. (1990). Liability and compensation in health care: a report to the Conference of Deputy Ministers of Health of the Federal/Provincial/Territorial Review on Liability and Compensation Issues in Health Care. Toronto, University of Toronto Press.

Stradiotto, Rino (1998). Hospital Viewpoint. Proceeding of CMPA Tort Reform Conference, p.18-19. Toronto: CMPA.

Tort Reform Conference in Toronto on November 5, 1998. The proceedings of that conference can be found on the web at
http://www.cmpa.org/cmpaweb/public/english/tort-e.cfm

4. Analyse des résultats

4.1 Limites de l'étude

Dans le présent rapport, nous avons utilisé trois sources de données : une enquête postale auprès des organismes de prestation de services de santé et des associations et des ordres professionnels; une enquête téléphonique auprès d'experts canadiens de la santé ainsi qu'une analyse documentaire sur la sécurité des patients, tout particulièrement sur les questions au regard de la communication de l'information et de la négligence. Ces trois sources de données sont en grande partie indépendantes les unes des autres et elles permettent d'obtenir différents types de renseignements. Étant donné que, comme convenu, les directeurs de recherche n'avaient pas accès au nom ni à l'occupation des répondants, il est impossible de déterminer le chevauchement des deux enquêtes. Cependant, plusieurs répondants potentiels de l'enquête téléphonique ont préféré ne pas être interrogés parce qu'ils avaient déjà rempli le questionnaire de l'enquête postale. En raison du nombre restreint d'interviews téléphoniques et de questionnaires postaux et du choix de l'échantillonnage au hasard pour l'enquête postale, le chevauchement semble négligeable. Néanmoins, les résultats des données ne peuvent être comparés que dans le contexte de conclusions générales. Finalement, il n'existe aucun moyen de déterminer si certains répondants ont participé aux deux enquêtes.

4.1.1 Enquête postale

Lors d'une enquête postale, il est toujours possible de retrouver le biais du libre choix. Aux fins de notre étude, le taux de refus s'est chiffré à 4 % et le taux estimé de non-réponse était de 63 %. Il est très probable que les personnes ayant refusé de participer à l'enquête et/ou de remplir le questionnaire aient des opinions différentes de celles qui ont accepté de répondre.

Les répondants étaient représentatifs de l'ensemble des régions géographiques canadiennes et des divers types d'organismes de soins de santé.

Nous avons employé des méthodes formelles et reconnues afin d'obtenir la plus grande participation possible. Pour ce faire, nous avons effectué davantage d'appels de relance auprès des non-répondants afin de les inciter à participer et de découvrir la raison de leur refus. Ceux ayant refusé de répondre affirmaient en général qu'ils étaient trop occupés pour remplir le questionnaire ou que l'enquête ne concernait pas réellement leur organisme.

À notre avis, les raisons suivantes pourraient justifier l'absence de réponse :

- Il se peut que certaines personnes et certains organismes appréhendent de devoir affronter la question de la sécurité des patients et des erreurs liées aux soins de santé. Au sein de tels organismes, on peut avoir pour règle d'éviter la question.
- Certains organismes ne se sont peut-être pas encore attaqués à la question de la sécurité des patients en raison d'un manque de ressources humaines ou financières.
- D'autres organismes n'ont peut-être pas développé de savoir organisationnel au sujet de la sécurité des patients et des erreurs liées aux soins de santé, puisqu'ils ne considèrent pas la sécurité comme une priorité pour le moment.
- Pour quelques organismes, il a été difficile de trouver une personne ou un service responsable de la sécurité des patients. Nous pouvons probablement relier ce phénomène aux deux raisons précédentes. Il est possible, toutefois, que ces organismes aient mis en place des programmes et attribué des responsabilités, mais que l'ensemble du personnel n'en soit pas suffisamment informé. Très souvent, la personne contactée était incapable de trouver le nom de la personne responsable au sein de l'établissement.
- Dans certains cas, des organismes s'intéressent probablement depuis peu à la question et ils ne jugent pas utile de partager leurs résultats pour le moment.

4.1.2 Enquête téléphonique

Grâce à la méthode du sondage en boule de neige employée pour effectuer l'enquête téléphonique, le taux de réponse a atteint 71 %. Le taux de refus s'est quant à lui chiffré à 16 % et le taux estimé de non-réponse a été de 23 %.

Bien que le sondage en boule de neige ne fasse pas appel à la méthode d'échantillonnage au hasard, l'objectif était de cibler des personnes ou des organismes reconnus pour leurs pratiques avant-gardistes à l'égard de la sécurité des patients et des erreurs liées aux soins de santé. Une telle approche s'est révélée appropriée puisque les activités dans ce domaine en sont encore à leurs débuts et que peu d'organismes s'y intéressent concrètement.

Au cours du deuxième tour de l'enquête téléphonique, les répondants nous ont communiqué peu de nouveaux noms, nous permettant ainsi de constater que la méthode d'échantillonnage avait atteint sa limite. Les interviews finales ont été réalisées avec des participants représentatifs de l'ensemble des régions

géographiques canadiennes et des divers types d'organismes de soins de santé.

4.1.3 Uniformité entre les enquêtes

Dans la présente étude, nous avons utilisé deux méthodes (une enquête téléphonique exhaustive et une enquête postale) pour sonder les pratiques actuelles en ce qui concerne la sécurité des patients et les erreurs liées aux soins de santé au Canada. Les participants de l'enquête postale étaient différents de ceux de l'enquête téléphonique. Par ailleurs, les répondants étaient représentatifs de l'ensemble des régions géographiques du Canada et provenaient de divers types d'organismes de soins de santé. Les données des enquêtes, analysées de manière indépendante, ont révélé des résultats similaires et complémentaires à la fois, laissant entrevoir que s'il existe un biais, il va dans le même sens que l'observation ci-dessus.

4.2 Possibilités et défis mis en lumière

Les enquêtes ont fourni un portrait fidèle des activités qui se déroulent actuellement au Canada dans le domaine de la sécurité des patients. D'après les résultats, nous avons relevé plusieurs possibilités et défis susceptibles d'orienter plus efficacement les initiatives et les programmes à cet effet.

- De nombreux répondants ont souligné la nécessité d'un plus grand leadership à l'échelle locale, régionale et nationale.
- Il semble que les ressources limitées, tant humaines que financières, représentent un obstacle majeur à l'évolution de la situation.
- La peur de poursuites anticipée au départ se révèle une question de moindre importance à la lumière des données empiriques.
- Les mesures disciplinaires, la peur et le blâme professionnel représentent des obstacles importants à l'échelle locale.
- On observe un manque de coordination et de méthodologie dans les processus visant à recueillir des données au sujet des événements indésirables et des erreurs au sein des organismes de soins de santé canadiens.
- Il existe peu de documentation au sujet des programmes favorables à la sécurité des patients dans les organismes de soins de santé canadiens.
- Certains répondants considèrent que la mise en place de services d'information automatisés serait une grande amélioration, mais que leur coût les rendent inabordables.

- Un grand nombre d'organismes ont déclaré que les systèmes de surveillance des données antérieures (examens des décès, analyse des incidents, etc.) n'étaient pas en place ou ne fonctionnaient pas adéquatement. On ne précise toutefois pas si la surveillance a déjà eu lieu dans ces organismes ou si elle a été abandonnée.
- Très peu d'organismes canadiens tentent d'apporter des changements constructifs ou d'adopter de nouvelles mesures visant à améliorer la sécurité des patients.
- Les répondants ont soulevé la nécessité d'offrir une formation régulière portant sur des outils particuliers, comme l'analyse des causes profondes, qui sont essentiels à l'amélioration de la sécurité des patients.
- Les répondants ont soulevé la nécessité de mettre au point des systèmes d'échange, entre l'échelle régionale et nationale, d'information sur les changements apportés en vue d'améliorer la sécurité. Toutefois, ils ont indiqué qu'un tel partage d'information entre les organismes et les régions peut exiger certaines modifications dans la législation actuelle afin d'éviter les poursuites (voir la section 3.4.6 ci-dessus).
- Près de 50 % des organismes de prestation de services de santé ont affirmé ne pas pouvoir améliorer efficacement la sécurité des patients.
- La formation des professionnels de la santé au sujet de la sécurité des patients est jugée comme un élément essentiel.
- Les répondants ont affirmé qu'il faut « remonter le courant » en se concentrant sur les systèmes de surveillance et la prévention des erreurs.

4.3 Résultats détaillés

Dans la partie suivante, les résultats combinés des deux enquêtes seront exposés sous diverses rubriques reflétant les objectifs de départ.

4.3.1 Préoccupations particulières au sujet de la sécurité des patients

Les participants des deux enquêtes étaient suffisamment au courant de la question de la sécurité des patients pour reconnaître l'importance de surveiller et de réduire les erreurs liées aux soins de santé. Il semblerait que certains organismes de soins de santé se penchent depuis bon nombre d'années sur la déclaration des incidents et les enquêtes sur les événements indésirables. Cependant, la plupart des organismes sondés ont révélé que l'idée d'améliorer les systèmes de surveillance et la prévention des événements indésirables était relativement nouvelle pour eux. Les erreurs de médicaments, les chutes et les

blessures attribuables aux contraintes, au manque de communication et aux erreurs dans la documentation ainsi que les erreurs liées à l'accès ou à l'attente, aux méthodologie et aux diagnostics erronés ont été les types d'erreurs les plus fréquemment mentionnés par les organismes de soins de santé canadiens.

Un nombre important de répondants ont manifesté leurs préoccupations au sujet de la définition et du suivi des erreurs à l'heure actuelle. On observe un manque de systèmes de suivi et de protocoles permettant de recenser les événements indésirables et les incidents évités au sein de nombreux organismes. L'attitude punitive des organismes et le peu de ressources consacrées à la collecte systématique de données et à l'intervention en cas d'incident nuisent à la déclaration précise des erreurs et à leur réduction.

La plupart des organismes croient que les erreurs liées aux soins de santé sont en grande partie sous-déclarées et qu'elles le demeureront si nous ne tenons pas compte des préoccupations précédentes. Quelques participants ont souligné que beaucoup d'erreurs nous échappent puisqu'elles n'ont pas de conséquences néfastes pour le patient. Par ailleurs, le fait de prendre connaissance de ces erreurs pourrait être utile à la conception de systèmes visant à les prévenir dans le futur. Les participants ont également ajouté que les systèmes de suivi actuellement en place ont pour principale fonction de détecter les événements indésirables, ne fournissant ainsi aucune information au sujet des incidents évités.

Même si beaucoup d'organismes recueillent des données et établissent des rapports, le suivi demeure parfois un mystère. Certains organismes ont indiqué utiliser des modèles d'amélioration de la qualité en vue d'effectuer des changements, mais la plupart ont mentionné que les données étaient étudiées au cours des réunions et que les changements possibles étaient envisagés sans pour autant qu'une approche précise favorisant l'amélioration soit adoptée.

4.3.2 Problèmes nouveaux ou potentiels liés à la sécurité

De manière générale, les répondants s'attendent à ce que les erreurs qui seront produites dans l'avenir soient les mêmes qu'aujourd'hui. Cependant, plusieurs d'entre eux ont exprimé leurs inquiétudes au regard de la charge de travail et du stress que subissent actuellement les professionnels de la santé et qui ont pour effet d'augmenter les risques pour les patients et de limiter les changements possibles pour les organismes. De plus, il est fort probable que le manque de personnel et l'épuisement professionnel continuent de s'accentuer si les budgets de santé demeurent restreints.

Pour la plupart des organismes de soins de santé canadiens, les améliorations apportées au suivi des erreurs et aux interventions à cet effet sont des initiatives relativement récentes. Lorsque nous leur avons demandé si les nouvelles mesures liées à la sécurité des patients résultaient en une baisse du nombre d'erreurs, beaucoup de participants ont répondu qu'il était trop tôt pour le savoir.

De façon plus encourageante, certains chercheurs étudient comment prévenir les erreurs liées aux soins de santé et travaillent en collaboration avec des sociétés pharmaceutiques et des entreprises d'équipement médical afin de modifier l'étiquetage des médicaments et de comprendre les instruments médicaux employés dans le but d'éviter d'utiliser ou de prescrire les mauvais médicaments. En outre, des sociétés fermées tentent de trouver des moyens d'automatiser le suivi des erreurs liées aux soins de santé.

Les entrevues téléphoniques en profondeur ont démontré qu'un certain nombre de mesures prévues ou déjà en place afin de faciliter la déclaration des erreurs reposent sur l'adoption d'une approche non punitive orientée vers l'apprentissage. Cependant, la majorité de ces mesures n'en sont qu'à leurs balbutiements.

4.3.3 Outils, programmes et systèmes de surveillance actuellement utilisés pour la sécurité des patients

Certains organismes professionnels ont rédigé des normes professionnelles, des énoncés de principes, des directives cliniques et des manuels médico-légaux pour aider les professionnels de la santé à repérer les événements indésirables et les erreurs liées aux soins de santé et à apporter des changements visant à les réduire.

L'Institute for Safe Medication Practices prend des initiatives pour améliorer les pratiques en matière de médication (voir les documents envoyés conjointement avec ce rapport à Santé Canada). De plus, la Coalition canadienne sur la déclaration et la prévention des incidents associés aux médicaments élabore actuellement un plan d'activités pour un système canadien de déclaration et de prévention des incidents associés aux médicaments.

Au cours de l'année 2001, quelques conférences et assemblées extraordinaires traitant de la sécurité des patients et des erreurs liées aux soins de santé ont été organisées. Le Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada a publié un énoncé de principes au sujet des erreurs liées à la médecine et de la mise sur pied d'une stratégie nationale. Les ordres professionnels ont préparé de la documentation et des ressources pédagogiques pour aider les

professionnels de la santé à prévenir et à déceler les erreurs ainsi qu'à cerner les questions d'ordre juridique s'y rattachant.

Certains répondants ont mentionné l'utilisation de systèmes automatisés, dont :

- les systèmes relatifs à l'admission, à la sortie et au transfert des patients qui effectuent le suivi des services utilisés;
- Pyxis, le système automatisé de distribution des médicaments;
- le registre automatisé d'administration des médicaments.

Il semblerait que plusieurs organismes possèdent leurs propres systèmes de déclaration des incidents critiques et des événements iatrogènes médicamenteux et de surveillance d'indicateurs particuliers.

4.4 Pratiques exemplaires liées à la sécurité des patients au Canada

Lorsque nous avons interrogé les répondants au sujet des pratiques exemplaires, nous avons découvert un certain nombre d'initiatives ou de projets prometteurs; mais, dans la plupart des cas, il est encore trop tôt pour les qualifier d'« exemplaires ». Cependant, il est possible d'en dégager quelques éléments communs.

- Les organismes de soins de santé adoptent une approche non punitive pour signaler les erreurs et faire enquête à leur sujet.
- Ils surveillent à la fois les incidents évités et les événements indésirables.
- Ils font appel à des équipes multidisciplinaires pour examiner et améliorer les soins.
- Ils concentrent leur attention sur l'identification des éléments du système qui contribuent aux erreurs plutôt que de blâmer le personnel.
- Ils collaborent bien souvent avec d'autres organismes pour orienter leur approche vers l'amélioration de la sécurité des patients.
- Ils utilisent les données recueillies pour recenser les améliorations et apporter les changements nécessaires en vue de réduire les erreurs.

Tous ces éléments communs reflètent les idées véhiculées dans la documentation au sujet des pratiques exemplaires employées ailleurs qu'au Canada.

Voici quelques exemples d'initiatives avant-gardistes prises par les organismes de soins de santé au Canada :

1. Plusieurs organismes collaborent avec l'Institute for Healthcare Improvement (IHI) qui a pour objectif de réduire les événements iatrogènes médicamenteux et les erreurs médicales. Situé à Boston, l'IHI est un organisme sans but lucratif dont la mission est d'améliorer la qualité des soins de santé. Les organismes participants fournissent des renseignements au sujet des incidents liés aux soins de santé, qu'ils soient considérés ou non comme des erreurs, et apportent des changements pour améliorer les soins de santé.
2. Un répondant a révélé que son organisme effectue tous les mois des analyses sur dix diagrammes choisis au hasard afin de détecter les événements iatrogènes médicamenteux ainsi que leurs facteurs déclencheurs.
3. Un répondant a indiqué comment son organisme effectue l'examen et le suivi des incidents grâce à un groupe multidisciplinaire. Ce dernier se conforme à une approche formelle et systématique qui comporte, entre autres, les étapes suivantes : passer en revue les faits et les entrevues liés à l'incident, s'assurer de leur exactitude, discuter des facteurs potentiels ayant contribué à l'incident, établir des recommandations. Grâce à cette approche, les personnes impliquées dans l'incident ont la chance de changer le système.
4. La législation de la Colombie-Britannique (voir la section 3.4.6 ci-dessus) permet désormais aux travailleurs de la santé de passer en revue les événements indésirables et d'enquêter à leur sujet puisque les procédures d'enquête et de documentation ne peuvent faire l'objet de poursuites.
5. Un système canadien de déclaration et de prévention des incidents associés aux médicaments est actuellement conçu pour effectuer la surveillance à l'échelle nationale des événements iatrogènes médicamenteux.
6. Des chercheurs canadiens, en collaboration avec leurs collègues américains, effectuent des recherches pour déterminer les risques potentiels pouvant mener à des erreurs. Un projet particulier s'intéresse à la confusion parfois créée par le nom similaire de certains médicaments.

Les répondants ont également déclaré que d'autres organismes canadiens conçoivent probablement de nouveaux moyens pour assurer le suivi et la prévention des erreurs liées aux soins de santé. Toutefois, ces moyens sont difficiles à préciser puisqu'il n'existe pas de forum national à ce sujet.

À la lumière des résultats des enquêtes, l'importance d'un leadership national et d'une méthode coordonnée pour traiter de la sécurité des patients et des erreurs liées aux soins de santé s'avère un point déterminant. L'exercice d'un leadership au niveau national doit permettre d'élaborer des définitions

normalisées des erreurs liées aux soins de santé et d'établir des normes pour la collecte de données et la déclaration des erreurs. De plus, les répondants estiment qu'il faudrait consacrer des ressources à la mise en place d'une stratégie nationale sur les erreurs liées aux soins de santé en diffusant l'information, par voie électronique ou autre, et en fournissant aux organismes les moyens d'assurer le suivi des erreurs. Ils ont également formulé d'autres propositions, comme la création d'un programme de recherche national et le financement d'études sur les erreurs liées aux soins de santé, la mise en place d'un dépôt central de sources d'information et d'une base de données pancanadienne et l'augmentation des ressources injectées dans le système de santé afin de concentrer les efforts sur les erreurs liées aux soins de santé au sein de chaque organisme.

5. Conclusions, recommandations et étapes suivantes

5.1 Méthode d'élaboration des recommandations

D'après les résultats des enquêtes et des analyses documentaires réalisées pour ce projet, nous avons élaboré un ensemble de recommandations afin d'améliorer la sécurité des patients et de réduire les erreurs liées aux soins de santé au Canada. Pour ce faire, on a eu recours à une méthode comportant plusieurs étapes. Tout d'abord, les directeurs des recherches (les D[rs] Norton et Baker) ont examiné les données chacun de leur côté. (Tel qu'énoncé dans les principes éthiques de la présente étude, le personnel de recherche a veillé à rendre anonymes les données des enquêtes téléphoniques et postales avant de les présenter aux directeurs.) Par la suite, les D[rs] Norton et Baker ont rencontré trois chercheurs de Smaller World Communications qui sont intervenus directement lors des activités d'enquête. Au cours de la première partie de leur rencontre, les membres du groupe ont examiné en profondeur tous les résultats. Ensuite, ils ont suggéré un ensemble de recommandations d'après la vision commune qui s'est dégagée des résultats de cet examen. Enfin, les recommandations ont été consignées et ont été communiquées par courriel le lendemain à des fins de réexamen et de réévaluation.

5.2 Recommandations du rapport

Les recommandations élaborées sont regroupées ci-dessous en quatre catégories distinctes.

5.2.1 Accroître la sensibilisation et établir des priorités en vue d'améliorer la sécurité des patients au Canada

1. Les gouvernements et les différents intéressés devraient constituer un comité d'experts représentant les disciplines cliniques et les gestionnaires qui connaissent les systèmes, les outils et les autres ressources destinés à assurer la sécurité des patients. Ce comité serait chargé d'élaborer un plan d'action visant à régler les questions liées à la sécurité des patients dans le système de santé canadien. Il aurait aussi pour tâche de dresser une liste d'approches et de ressources permettant de mettre au point des méthodes et des outils pour améliorer la sécurité des patients, qui serait pertinente pour les organismes de soins de santé canadiens. Cette liste serait utile pour les ministères provinciaux de la Santé, les administrations régionales, les organismes de soins de santé et les organismes d'agrément.

2. Il faudrait organiser une réunion sur invitation pour les haut dirigeants des soins de santé. Cette réunion, dans le cadre de laquelle on tiendrait compte des suggestions de la Conférence fédérale-provinciale-territoriale des ministres de la Santé et des activités du Comité directeur national sur la sécurité des patients, devrait permettre d'accroître la sensibilisation et de diffuser le savoir en ce qui concerne non seulement la sécurité des patients, les outils efficaces et les approches utilisées au Canada et ailleurs dans le monde, mais également les rôles des dirigeants dans la création de cultures organisationnelles favorables à la sécurité des patients.

5.2.2 Mettre sur pied des systèmes de déclaration plus efficaces

3. Les nouveaux mécanismes et systèmes de déclaration régionaux et nationaux devraient faire l'objet d'essais pilotes et d'évaluations. L'établissement de liens entre les événements indésirables décelés et les initiatives d'amélioration représente un des éléments essentiels à évaluer. Par ailleurs, il faudrait entreprendre des projets pilotes afin de mesurer l'efficacité de telles initiatives. Bien que la majorité du travail accompli jusqu'à présent ait été réalisé dans des établissements de soins actifs, il faudrait mettre à l'essai de nouveaux systèmes de détection des événements indésirables et des erreurs à tous les niveaux du système de santé (soins actifs, soins prolongés et soins communautaires).

4. Il faudrait appuyer davantage les systèmes nationaux et provinciaux de déclaration des événements iatrogènes médicamenteux (EIM) qui sont déjà en place ou qui sont en cours d'élaboration.

5.2.3 Acquérir des compétences, diffuser le savoir et mettre en œuvre des systèmes visant à améliorer le sécurité

5. Il faudrait fortement inciter les organismes de soins de santé à se focaliser davantage sur les erreurs, les événements indésirables et les incidents évités et à les relier aux initiatives d'amélioration et aux changements à apporter au système.

6. Il faudrait cerner entre trois et cinq questions hautement prioritaires en matière de sécurité des patients. Il faudrait ensuite constituer des groupes d'experts nationaux qui seraient chargés de partager leurs idées et d'établir des stratégies nationales pour chacune des questions. La

prévention des chutes, les systèmes de données et les préoccupations des effectifs au sujet de la sécurité pourraient faire partie des questions traitées.

7. Il faudrait organiser une série de réunions ou d'ateliers régionaux afin de faire connaître les pratiques exemplaires, les stratégies d'amélioration et les modèles idéaux permettant d'apporter des changements positifs dans les secteurs prioritaires et de réduire ainsi les événements indésirables.

8. Il faudrait appuyer la création de projets de démonstration minutieusement évalués dans les domaines du modèle idéal, des changements à apporter au système et de la sécurité des patients au Canada.

9. Il faudrait appuyer l'élaboration de programmes d'études et d'apprentissage dans le domaine de la sécurité des patients à tous les niveaux de formation (études universitaires de premier, de deuxième et de troisième cycle et formation professionnelle continue).

10. Il faudrait mettre sur pied un programme de « bourses d'études » d'une durée d'un an. Ce programme s'adresserait à deux ou trois représentants de chaque province et territoire (soit au moins un médecin et un ou deux autres professionnels de la santé). Il aurait pour but de permettre aux boursiers d'approfondir leurs connaissances et de perfectionner leurs compétences en ce qui concerne tous les aspects liés à la sécurité des patients en vue de renforcer la capacité du Canada dans ce domaine.

11. La recherche dans le domaine de la sécurité et les changements à apporter au système devraient représenter une question intersectorielle pour les Instituts de recherche en santé du Canada et devraient occuper une plus grande place dans les activités de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.

5.2.4 Mettre en place des mesures organisationnelles et stratégiques encourageant les initiatives dans le domaine de la sécurité des patients

12. Il faudrait inciter les associations et les ordres professionnels canadiens à prendre une part active dans le domaine des politiques et des lois en matière de divulgation de renseignements et à exercer des pressions afin qu'une législation leur permettant d'élargir leurs activités soit adoptée.

13. Les programmes et les mesures en matière de sécurité des patients devraient être intégrés aux normes du Conseil canadien d'agrément des services de santé ainsi qu'à d'autres normes d'agrément pertinentes.

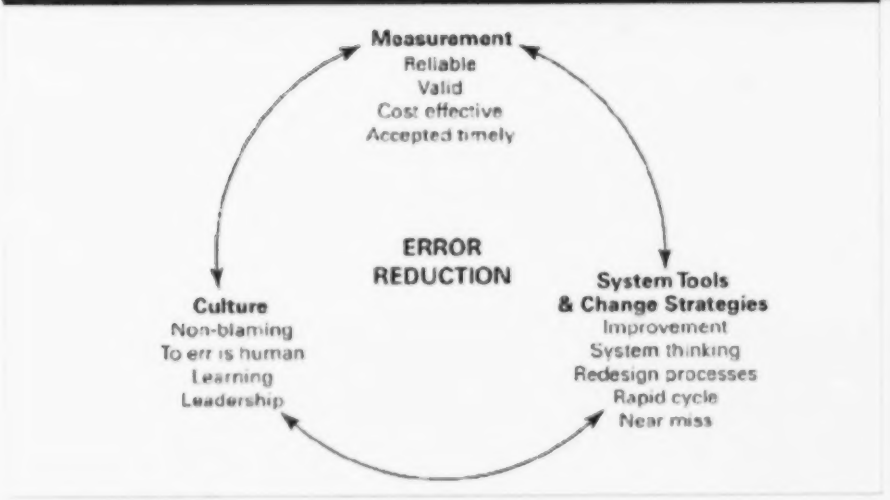
14. Il faudrait encourager l'apport de modifications à la législation qui mettraient l'accent sur la déclaration des erreurs et des incidents évités.

15. Il faudrait examiner les stratégies et les programmes efficaces de gestion des risques. Les initiatives actuelles en gestion des risques visent principalement la réduction des risques et la protection des intérêts des établissements. À l'instar d'autres pays, il faut que le Canada fasse preuve d'« esprit d'initiative » en ce qui concerne la sécurité des patients (voir C. Vincent, S. E. Taylor-Adams et coll., 2000).

5.3 Conceptualisation des recommandations

Afin d'aider le lecteur à faire la lumière sur l'incidence possible de ces recommandations, nous les avons représentées à l'aide d'un modèle inspiré de travaux précédents sur l'amélioration de la sécurité des patients (Baker et Norton, 2001. Voir le résumé dans la section 3.1.1 du présent rapport).

FIGURE 8 : Modèle conceptuel des stratégies visant à rendre les soins de santé plus sécuritaires



13. Les programmes et les mesures en matière de sécurité des patients devraient être intégrés aux normes du Conseil canadien d'agrément des services de santé ainsi qu'à d'autres normes d'agrément pertinentes.

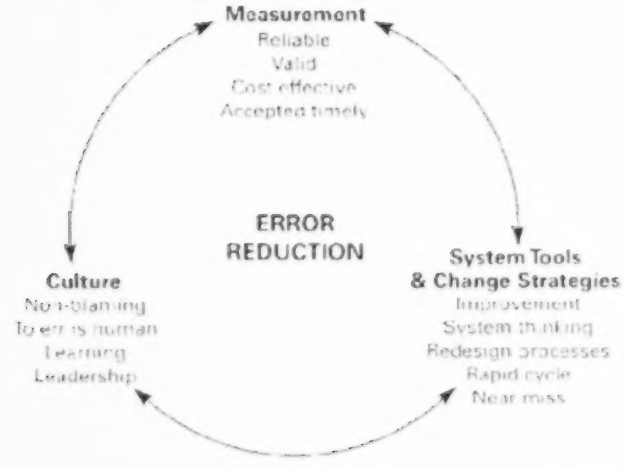
14. Il faudrait encourager l'apport de modifications à la législation qui mettraient l'accent sur la déclaration des erreurs et des incidents évités.

15. Il faudrait examiner les stratégies et les programmes efficaces de gestion des risques. Les initiatives actuelles en gestion des risques visent principalement la réduction des risques et la protection des intérêts des établissements. À l'instar d'autres pays, il faut que le Canada fasse preuve d'« esprit d'initiative » en ce qui concerne la sécurité des patients (voir C. Vincent, S. E. Taylor-Adams et coll., 2000).

5.3 Conceptualisation des recommandations

Afin d'aider le lecteur à faire la lumière sur l'incidence possible de ces recommandations, nous les avons représentées à l'aide d'un modèle inspiré de travaux précédents sur l'amélioration de la sécurité des patients (Baker et Norton, 2001. Voir le résumé dans la section 3.1.1 du présent rapport).

FIGURE 8 : Modèle conceptuel des stratégies visant à rendre les soins de santé plus sécuritaires



Error reduction : Réduction des erreurs

Measurement : Mesure
Reliable : Fiabilité
Valid : Validité
Cost effective : Rentabilité
Accepted timely : Acceptation en temps opportun

Culture : Culture
Non-blaming : Absence de reproche
To err is human : L'erreur est humaine
Learning : Apprentissage
Leadership : Leadership

System Tools & Change Strategies : Outils et stratégies de changement du système
Improvement : Amélioration
System thinking : Réflexion sur le système
Redesign processes : Processus de restructuration
Rapid cycle : Cycle rapide
Near miss : Incidents évités

Le modèle ci-dessus illustre l'interdépendance des trois principaux domaines qui interviennent dans la sécurité des patients : (a) la *culture*, qui comprend le leadership et les activités d'apprentissage, (b) les *outils et stratégies de changement du système*, qui comprennent les méthodes nécessaires pour modifier les modes de fonctionnement actuels en vue d'améliorer la sécurité et (c) la *mesure*, qui comprend la collecte et la communication de données afin d'identifier les secteurs prioritaires et les répercussions des améliorations sur les événements indésirables et les erreurs. Dans le tableau ci-dessous, nous analysons les recommandations en employant le symbole (?) pour illustrer les domaines visés par les recommandations. En fonction de notre classification, l'absence de symbole dans une case signifie que la recommandation ne contribue pas directement à cette dimension du modèle. La présence d'un symbole (?) indique que la recommandation contribue à la dimension en question. Finalement, la présence de deux symboles (? ?) révèle que la recommandation contribue de manière significative à la dimension. Comme le tableau nous le montre clairement, les recommandations appuieraient fortement les trois principaux domaines (*culture*, *outils et stratégie de changement du système* et *mesure*).

Tableau 11. Concordance des recommandations avec le modèle élaboré par les D[rs] Baker et Norton

Recommandations	Culture et leadership	Outils et stratégies de changement du système	Données et mesure
1. Mettre sur pied un comité d'experts sur la sécurité des patients	? ?	? ?	?
2. Tenir des ateliers sur le leadership	? ?	?	?
3. Améliorer les systèmes de surveillance et de déclaration des événements indésirables			? ?
4. Faciliter la déclaration des EIM			? ?
5. Mettre davantage l'accent sur la sécurité dans les soins de santé	? ?	? ?	?
6. Établir des secteurs hautement prioritaires	? ?	? ?	? ?
7. Tenir des ateliers régionaux sur les pratiques exemplaires	?	? ?	?
8. Mettre en place une aide financière pour les projets pilotes	?	? ?	?
9. Mettre en place une aide financière pour l'éducation des patients en matière de sécurité	? ?	?	?
10. Créer des bourses d'études en sécurité des patients	? ?	? ?	? ?
11. Contribution des IRSC et de la FCRSS aux recherches sur la sécurité des patients	?	? ?	? ?
12. Les ordres professionnels devraient préconiser une meilleure communication et une plus grande transparence	? ?	?	?
13. Intégrer la sécurité des patients dans l'agrément des services de santé	? ?	? ?	? ?
14. Les ministres FPT devraient encourager une révision de la législation et proposer des changements stratégiques	? ?	?	?
15. Améliorer la gestion des risques	? ?	? ?	? ?

5.4 Observations finales

Les recommandations énumérées précédemment fournissent des lignes d'action visant non seulement à approfondir les connaissances des professionnels de la santé canadiens au sujet de la sécurité des patients, mais également à établir des politiques et des systèmes organisationnels et régionaux qui permettront d'améliorer les initiatives actuelles. Même si d'importantes mesures sont actuellement prises au sujet de la sécurité des patients au Canada, elles demeurent en grande partie des initiatives isolées. Il faudrait se pencher attentivement sur ces mesures afin d'en évaluer les coûts et l'incidence sur les patients et la structure organisationnelle. Par ailleurs, les efforts fructueux à ce sujet doivent être communiqués sur une plus grande échelle. De plus, nous croyons qu'il est nécessaire d'accorder plus d'attention, d'une part, au repérage des activités ayant pour but de faciliter la collecte et la communication de données et, d'autre part, à l'amélioration de la sécurité par le biais de l'éducation et de changements au système. Un examen attentif des mesures prises aux États-Unis, en Australie et au Royaume-Uni nous permettrait de découvrir des systèmes, des politiques et des programmes qui seraient utiles au Canada.

Nous croyons que les initiatives proposées dans la présente section aideront à affronter les défis définis à la section 4.2. Elles nécessiteront toutefois la collaboration et la participation des professionnels de la santé, des organismes de soins de santé et des gouvernements fédéral et provinciaux du Canada. Enfin, l'instauration d'une norme plus élevée en matière de qualité des soins de santé et l'accroissement de la sécurité des patients au Canada deviendront réalisables lorsque notre attention et nos efforts seront concentrés sur les connaissances et les systèmes mis en place dans ce domaine.